Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: FUENTES PIMIENTA JEANETH		Nombre: GOMEZ GIRALDO ESTEBAN
R. M.: 2700724 L.S.O.: 60100192	Código de Seguridad B1177H1N105169	CC: 1007335033

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Scanned with CamScanner

I.P.S ADILAB
Medicina Laboral

ADILAB I.P.S
900.341.857-2
Carrera 43a # 34 95 PISO 10 TORRE NORTE
Cel. 3113120018 - E-mail. adilabmedicinalaboral@gmail.com
www.adilab.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 105.171

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S Nombre de la empresa	INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S Empresa en misión

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

GOMEZ GIRALDO GEDMAR ANDRES Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 10 MESES 14 DÍAS	CC Tipo	1128406576 Número

Telefonos	Dirección
3006672852	FUENTE CLARA

CARGO	EPS	AFP	ARL
OPERARIO DE PRODUCCION	LA NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

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

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	VACUNA TETANO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS	HABITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.

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 legislación vigente.

Finalmente, manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.

Scanned with CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: FUENTES PIMIENTA JEANETH		Nombre: GOMEZ GIRALDO GEDMAR ANDRES
R. M.: 2700724 L.S.O.: 60100192	Código de Seguridad Q1177W1C10517	CC: 1128406576

1

Scanned with CamScanner

Ingreso Vital S.A.S
Nit. 900.960.987-7

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Trabajo en alturas (Ingreso)

Fecha de consulta: 26/04/2025

Información paciente



Empresa: CONSTRUCCIONES CIVILES M&M S.AS
Empresa en misión: CONSTRUCCIONES CIVILES M&M S.AS
Nombre completo: JHON ELIN PALACIOS MARTINEZ
Identificación: CC: 4805746
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: Oficial
Fecha nacimiento: 10/06/1966
Edad: 58
Genero: Masculino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Básica primaria
Teléfono: 3117293258
Dirección: Antioquia, Bello, Cra 42 B N 36c Pe 50 Bello
N° hijos: 2
ARL: ARL SURA
EPS: Nueva EPS
AFP: Protección S.A

Exámenes analizados

- **Audiometría.**
- **Cuestionario Alturas.**
- **Examen medico ocupacional .**
- **Inmunización:** Vacuna Tetano
- **Laboratorio:** Colesterol total; Glicemia; Trigliceridos .
- **Medicina laboral .**
- **Visiometria.**

Concepto de aptitud

Apto con recomendaciones para trabajo en alturas y apto para desempeñar otras labores.

Anexo

Paciente masculino de 58 años, que aplica para oficial de construccion, por lo cual consulta en medicina laboral, se encuentra un paciente con antecedente de hipertension arterial en manejo farmacologico, ademas en seguimiento por oftalmologia por catarata en ojo derecho, al examen fisico sin limitaciones osteomusculares, o funcionales, audiometria oido derecho con hipoacusia leve, oido izquierdo normal y visiometria levemente alterada, glicemia, triglicendos, y colesterol en parametros normales, se aplico vacuna tetano. Es un paciente apto para la labor con recomendaciones por sobrepeso, por lo que requiere adquirir estilos de vida saludable y mejorar hábitos, continuar en manejo por oftalmologia, y optometria para definir necesidad de lentes poscarugia por leve disminucion en la agudeza visual de ambos ojos, consultar con fonoaudiologia por EPS, para hacer seguimiento a hipoacusia leve en oido derecho, usar doble proteccion auditiva

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Ingreso Vital S.A.S
Nit. 900.960.987-7

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado
Permanente: No
Fecha inicial: 26/04/2025
Fecha final: 26/04/2025
Duración: 0
Recomendación:

- Considerar bajar de peso
- Consultar con nutricionista y medicina general por eps para manejo de sobrepeso
- Aumentar el consumo de agua, disminuir el consumo de azucar, carbohidratos y grasas saturadas
- Continuar en manejo por oftalmologia, y optometria para definir necesidad de lentes poscirugia por leve disminucion en la agudeza visual de ambos ojos
- Consultar con fonoaudiologia por EPS, para hacer seguimiento a hipoacusia leve en oido derecho, usar doble proteccion auditiva

HAVID DE JESUS
Profesión: Medico
Registro: 1326193

Aspirante o trabajador
JHON ELIN PALACIOS MARTINEZ
Identificación: CC: 4805746

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VIAL VG VNF

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.850.786				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.006.209.234	**EDAD**	25	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	HENAO OROZCO STEFANY				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INGENIERA RESIDENTE AUXILIAR		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

CONSORCIO VIAL VG VNF



ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.850.786				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.006.209.234	**EDAD**	25	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	HENAO OROZCO STEFANY				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INGENIERA RESIDENTE AUXILIAR		

Autorización de datos personales

Yo, HENAO OROZCO STEFANY, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.006.209.234, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en e Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

CC. 1.006.209.234

Profesional

Walter Alain Sánchez V.
Medico Cirujano
Especialista
RM

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC

IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3

CONDUCTOR DE VEHÍCULOS
Certificado de aptitud: 71721502-5327

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	09 abr. 2025 - BELLO	**Tipo de Examen:**	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	WILSON JOVANY CALLE	**Identificación:**	71721502
Género	MASCULINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3046337680
Fecha Nacimiento:	2/4/1971	**Cargo:**	CONDUCTOR
Estado Civil:	SEPARADO	**EPS:**	SURAMERICANA.
Dirección	CALLE 63 N 31 57	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	CONSORCIO VIAL VG-VNF	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CONSORCIO VIAL VG-VNF		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad: se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicacion fluida y coherente , no se visualizan rasgos de alguna patologia mental existente , ni manifestaciones fisicas evidenmtes de alguna alteracion neuronal o cognitiva.sus movimientos son normales y coordinados . LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON FAVORABLES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	Paciente requiere uso de gafas unicamente para lectura o actividades de cerca, se sugieren pausas activas y control visual anual.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, — Hábitos de vida saludable, pausas activas, higiene postural, uso adecuado de elementos de protección personal.
COLESTEROL TOTAL	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
TRIGLICERIDOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES
CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

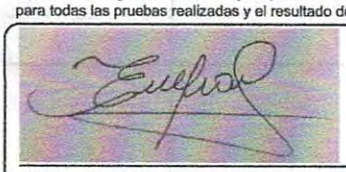
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '



Médico Especialista en Salud Laboral
EULFRAN SEGUNDO SANTODOMINGO
SANTODOMINGO

Firma y cédula del Paciente
WILSON JOVANY CALLE
71721502

COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT: 900.861.108 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.273

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

RAPLICON	RAPLICON
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

ESCUDERO DIOSA DUVAN ALEXANDER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	29 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC Tipo	1000084350 Número

Cargo	Teléfono	Eps	Afp	Arl
APLICADOR	3012807642	SURA	PORVENIR	NO REGISTRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS EN TAREAS CRITICAS, SE DAN RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL CUAL ASPIRA.

Observaciones: .

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES	PERMANENTE	VALORACION OPTOMETRIA

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

EVALUACIÓN PSICOFÍSICO CON TSA	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TEST DE PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL	✓
ESPIROMETRÍA	✓	TRIGLICÉRIDOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTIVOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES PRESENTA UN DEFECTO DE REFRACCIÓN Y DEBE SER EVALUADO EN SU ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD POR OPTOMETRÍA, REQUIERE LABORAR PERMANENTEMENTE CON LOS LENTES CORRECTIVOS, SIN ELLOS PUEDE HABER UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD. POR TAL MOTIVO SOLO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES CRITICAS SI ESTA UTILIZANDO LOS LENTES CORRECTIVOS. DEBE TENER CONTROL DE SU VISIÓN EN 6 MESES.

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

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER	Nombre: ESCUDERO DIOSA DUVAN ALEXANDER

Medellín, 01 de abril de 2025

Señores
RAPLICON
Ciudad

Por medio de la presente y una vez realizando mi examen de ingreso, en el cual se dan las siguientes recomendaciones:

Presenta un defecto de refracción y debe ser evaluado en su entidad prestadora de salud por optometría, requiere laborar permanentemente con los lentes correctivos, sin ellos puede haber un mayor riesgo de accidentalidad. por tal motivo solo puede realizar actividades criticas si está utilizando los lentes correctivos. Debe tener control de su visión en 6 meses.

Por lo anterior me comprometo con la compañía específicamente con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo SST a:

Cumplir con las recomendaciones dadas en el examen ocupacional de ingreso.

Esto dentro de un plazo máximo de 06 meses, a partir de mi fecha de ingreso.

Atentamente,

ESCUDERO DIOSA DUVAN ALEXANDER
C.C. 1000084350

Soluciones empresariales

COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT: 900.861.108 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.334

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

RAPLICON	RAPLICON
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

HERRERA GARCIA ENDI ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	49 AÑOS 6 MESES 7 DÍAS	PPT	4818457
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Teléfono	Eps	Afp	Arl
OFICIAL	3146928783	COOSALUD	NO RECUERDA	NO REGISTRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS EN TAREAS CRITICAS, SE DAN RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL CUAL ASPIRA.

Observaciones: .

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

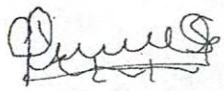
EVALUACIÓN PSICOFÍSICO CON TSA	✓	TEST DE PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICÉRIDOS	✓
ESPIROMETRÍA	✓	TEST DE VERTIGO	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : ,USO DE LENTES CORRECTIVOS DE PARA LECTURA.	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO : , VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA EN SU EPS, POR PERDIDA AUDITIVA MODERADA, DEBE UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA TODA LA JORNADA LABORAL.	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES PRESENTA UNA DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN MODERADA, SE RECOMIENDA QUE LABORE PERMANENTEMENTE CON PROTECCIÓN AUDITIVA Y SEA VALORADO POR FONOAUDIOLOGÍA EN SU ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SU PÉRDIDA AUDITIVA, PUEDE GENERAR UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD.

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

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 		Firma: 
Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER		Nombre: HERRERA GARCIA ENDI ANTONIO
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	Código de Seguridad W1412C1I47334	PPT: 4818457

Medellín, 01 de abril de 2025

Señores
RAPLICON
Ciudad

Por medio de la presente y una vez realizando mi examen de ingreso, en el cual se dan las siguientes recomendaciones:

Presenta una disminución de la audición moderada, se recomienda que labore permanentemente con protección auditiva y sea valorado por fonoaudiología en su entidad promotora de salud, su pérdida auditiva, puede generar un mayor riesgo de accidentalidad.

Audiometría de control en un año. Examen visual de control en un año

Por lo anterior me comprometo con la compañía específicamente con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo SST a:

Cumplir con las recomendaciones dadas en el examen ocupacional de ingreso.

Esto dentro de un plazo máximo de 06 meses, a partir de mi fecha de ingreso.

Atentamente,

HERRERA GARCIA ENDI ANTONIO

PPT. 4818457

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 71270098-412382

Fecha y Lugar: 1/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JUAN CARLOS LOAIZA BOLIVAR		**Identificación:**	71270098	**Rh:** RH
Género:	MASCULINO	**Edad:** 44	**Teléfono:**	3242779800	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	22/11/1980 MEDELLIN		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	AGIZAL ITAGUI		**EPS:**	EPS SURA	
ARL:	SURA		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.
EVITAR EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 85 DECIBELES, EN CASO DE ESTE RIESGO SE SUGIERE USO DE PROTECCION AUDITIVA DE MANERA PERMANENTE Y OBLIGATORIA.
REALIZAR AUDIOMETRIA Y SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS.
LA EMPRESA DEBE GARANTIZAR LA CAPACITACIÓN EN EL ADECUADO RECONOCIMIENTO DE COLORES Y SEÑALES DE SEGURIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

AUDITIVO	-
VISUAL	-

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

OTORRINOLARINGOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
JUAN CARLOS LOAIZA BOLIVAR
71270098

Soluciones empresariales

COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT 900 481 102 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.213

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
RAPLICON	RAPLICON

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
NANCLARES ARBOLEDA JAIDER MAURICIO	MASCULINO	22 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1000086462

Cargo	Teléfono	Eps	Afp	Arl
AYUDANTE	3154441075	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS EN TAREAS CRITICAS, DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.

Observaciones: .

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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 PSICOFÍSICO CON TSA	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TEST DE PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL	✓
ESPIROMETRÍA	✓	TRIGLICÉRIDOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ATROFIAS NI LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD, NI DOLOR. LAS PRUEBAS DE EQUILIBRIO Y DE COORDINACIÓN SON NORMALES, NO MANIFIESTA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA QUE INTERVENGAN CON EL OFICIO A REALIZAR. SI VA A TRABAJAR EN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO DEBE TENER LA CAPACITACIÓN NECESARIA Y NO EXCEDER EL LÍMITE DE SUS CAPACIDADES FÍSICAS, ANTES DE CADA ACTIVIDAD LABORAL DEBE REPORTAR SU ESTADO DE SALUD AL ENCARGADO DE SST.

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

Médico

Firma: Ocampo R

Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NANCLARES ARBOLEDA JAIDER MAURICIO

Medellín, 01 de abril de 2025

Señores
RAPLICON
Ciudad

Por medio de la presente y una vez realizando mi examen de ingreso, en el cual se dan las siguientes recomendaciones:

Uso de Epp, pausas activas e higiene postural, tener hábitos saludables y realizar deporte.

Por lo anterior me comprometo con la compañía específicamente con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo SST a:

Cumplir con las recomendaciones dadas en el examen ocupacional de ingreso.

Esto dentro de un plazo máximo de 06 meses, a partir de mi fecha de ingreso.

Atentamente,

Jaider

JAIDER MAURICIO NANCLARES ARBOLEDA
C.C. 1000086462

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 8160310-412357

Fecha y Lugar: 1/04/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: HERLEY OCTAVIO MORALES
Género: MASCULINO **Edad:** 44
Fecha y Lugar de Nacimiento: 30/10/1980 MEDELLIN
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 21AE N 56A57 INT 105 MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 8160310 **Rh:** RH O+
Teléfono: 3128406421 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: PRIMARIA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PROTECCION S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.
REQUIERE LENTES PARA TRABAJOS CON DETALLE DE AGUDEZA VISUAL LEJANA. LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515



Firma y cédula del Paciente
HERLEY OCTAVIO MORALES
8160310

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1045230949-414250

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JHONNYS ARTURO DELRIO PRENTH
Género: MASCULINO **Edad:** 35
Fecha y Lugar de Nacimiento: 24/08/1989 LURUACO
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: ENCISO MEDELLIN
ARL: SURA
Identificación: 1045230949
Teléfono: 3244290678
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PORVENIR S.A.
Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CARDIOVASCULAR METABOLICO

Información de Remisiones

NUTRICION

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



Médico Especialisa en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
JHONNYS ARTURO DELRIO PRENTH
1045230949

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1020449004-414245

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JOHN ALEXANDER VARGAS MURIEL
Género: MASCULINO **Edad:** 33
Fecha y Lugar de Nacimiento: 26/12/1991
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: ENCIZO MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1020449004 **Rh:** RH
Teléfono: 3116430028 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PORVENIR S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS EXPUESTAS

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -

Firma y cédula del Paciente
JOHN ALEXANDER VARGAS MURIEL
1020449004

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1043648832-414251

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JOSE ANTONIO ARIZA ROMERO		**Identificación:**	1043648832	**Rh:** RH
Género:	MASCULINO	**Edad:** 19	**Teléfono:**	3246300659	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	6/07/2005 CARTAGENA		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	ENCIZO MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SURA		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades,

promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -

Firma y cédula del Paciente
JOSE ANTONIO ARIZA ROMERO
1043648832

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 71748270-414257

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JOSE VICENTE DUARTE CASTRO
Género: MASCULINO **Edad:** 50
Fecha y Lugar de Nacimiento: 4/08/1974 TIERRALTA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: VILLATINA MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 71748270
Teléfono: no tiene
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: PRIMARIA
EPS: SISBEN
AFP: NO REPORTA

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REQUIERE LENTES PARA TRABAJOS CON DETALLE VISUAL. LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL.

5. RESTRICCIONES

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.
EVITAR EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 85 DECIBELES, EN CASO DE ESTE RIESGO SE SUGIERE USO DE PROTECCION AUDITIVA DE MANERA PERMANENTE Y OBLIGATORIA.
REALIZAR AUDIOMETRIA Y SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	-
AUDITIVO	-

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

OTORRINOLARINGOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

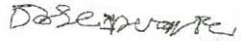
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.







Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
JOSE VICENTE DUARTE CASTRO
71748270

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1042090596-414221

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JUAN DAVID GARCIA CASTRILLON		**Identificación:**	1042090596	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 38	**Teléfono:**	3132940990	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	9/12/1986 VEGACHI		**Cargo:**	OFICIAL	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	AV 44 58-87 MEDELLIN		**EPS:**	EPS SURA	
ARL:	SURA		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
JUAN DAVID GARCIA CASTRILLON
1042090596

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1000195297-412356

Fecha y Lugar: 1/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JUAN MANUEL YEPES RAMIREZ
Género: MASCULINO **Edad:** 24
Fecha y Lugar de Nacimiento: 30/11/2000 ITAGUI
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: BOSTON MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1000195297
Teléfono: 3241897125
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: NO REPORTA

Rh: RH B+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048

Firma y cédula del Paciente
JUAN MANUEL YEPES RAMIREZ
1000195297

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1040572218-414270

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JUAN SEBASTIAN ARAQUE HERNANDEZ
Género: MASCULINO **Edad:** 19
Fecha y Lugar de Nacimiento: 21/12/2005 ITAGUI
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: LOS GOMEZ ITAGUI
ARL: SURA

Identificación: 1040572218 **Rh:** RH A+
Teléfono: 3004048933 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PORVENIR S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÈNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



Médico Especialisa en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
JUAN SEBASTIAN ARAQUE HERNANDEZ
1040572218

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1007243389-414252

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: KEILYN XIOMARA HEREDIA DUARTE
Género: FEMENINO **Edad:** 22
Fecha y Lugar de Nacimiento: 29/08/2002 MEDELLIN
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: ENCISO MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1007243389
Teléfono: 3103759734
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: PORVENIR S.A.

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -

Firma y cédula del Paciente
KEILYN XIOMARA HEREDIA DUARTE
1007243389

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1128052356-412073

Fecha y Lugar: 28/03/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: KELLY JOHANA GOMEZ MOGUEA
Género: FEMENINO **Edad:** 39
Fecha y Lugar de Nacimiento: 10/09/1985 CARTAGENA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: ENCISO MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1128052356
Teléfono: 3944091457
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: COLPENSIONES

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

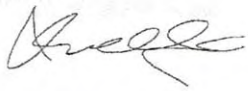
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.







Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
KELLY JOHANA GOMEZ MOGUEA
1128052356

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 8126893-414298

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: LUIS ALFREDO DUARTE
Género: MASCULINO **Edad:** 43
Fecha y Lugar de Nacimiento: 14/03/1982 DABEIBA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRR 48 53 B ENCINO
ARL: SURA

Identificación: 8126893 **Rh:** RH A+
Teléfono: 3003746391 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: PRIMARIA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: NO REPORTA

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS DURANTE LA ORNADA LABORAL. VALORACION POR OPTOMETRIA DE EPS

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

María Acosta S.

L.U.S

Médico Especialisa en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048

Firma y cédula del Paciente
LUIS ALFREDO DUARTE
8126893

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1193596211-414254

Fecha y Lugar: 23/04/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: YULIZA CORDOBA PALACIO
Género: FEMENINO **Edad:** 33
Fecha y Lugar de Nacimiento: 18/03/1992 RIOSUCIO
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: ENCIZO MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1193596211 **Rh:** RH
Teléfono: 3246516500 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: NO REPORTA

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

25/04/2025 USUARIA SE PRESENTE CON LOS LENTES, LOS CUALES DEBE USAR DE MANERA PERMANENTE

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.
REQUIERE USAR LOS LENTES DE MANERA PERMANENTE.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Mónica García

01.207 cob

Médico Especialisa en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
YULIZA CORDOBA PALACIO
1193596211

ANEXO
ENTREGA Y REPOSICION DE EPP

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMD

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Diego Leonardo A con Cedula nº 1077420471

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma Diego	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Diego	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Diego	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Diego	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 26-042025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a): Jose Vicente Duarte con Cedula nº. 7748270

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jose			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26-04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jose	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jose	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jose	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26.25 / Firma JOSE	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26.25 / Firma JOSE	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/25 / Firma JOSE	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

JOSE VICENTE DUARTE

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MyM

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Deivis Andres Ramirez con Cedula nº 1.025.046.600 los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Deivis Andres	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Deivis Andres	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Deivis Andres	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Deivis Andres	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26.04.2025 Firma Deivis ANDRES	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26.04.2025 Firma Deivis ANDRES	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26.04.2025 Firma Deivis ANDRES	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: M Y M

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) JHONE LINDA IACIO con Cedula nº 1.080.5746

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: JHON	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: JHON	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: JHON	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: JHON	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26 04 25 / Firma: Jhon	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26 04 25 / Firma: Jhon	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26 04 25 / Firma: Jhon	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Jhon Elin Palacios

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: M M

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jose Mosquera con Cedula nº 1002069412

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26042025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jose M			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jose M	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jose M	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jose M	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: José	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: José	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: José	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

José Moreno

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: M&M

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) ISRAEL cordoba con Cedula nº 1003928601

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma ISRAEL	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 26.04.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma ISRAEL	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma ISRAEL	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26.04.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma ISRAEL	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26.04.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma ISRAEL	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.25 / Firma: ISRael	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.25 / Firma: ISRael	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.25 / Firma: ISRael	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

ISRael

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP - MYM

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Oscar David con Cedula nº 1077481703

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			* Oscar Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha * 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma * Oscar	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 * 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma * Oscar	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 * 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma * Oscar	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26 04-25 Firma: OSCAR	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26 04-25 Firma: OSCAR	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26 04-25 Firma: OSCAR	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

OSCAR VALENCIA

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: D.m P

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Brayan Bladón Hoz con Cedula nº 1.036.646.269

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26.09 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Brayan Bladón Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26.09 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Brayan Bladón	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26.09 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Brayan Bladón	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26.09 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Brayan Bladón	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-2025 / Firma: Brayan Blandon	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-2025 / Firma: Brayan	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-2025 / Firma: Brayan Blandon	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Brayan Blandon

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: M y M

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Santiago A. Bravo Duque con Cedula nº 71190749

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: D. M. P

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) LUIS AELPO con Cedula nº 8126893

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: LUIS	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: LUIS	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: LUIS	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: LUIS	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: Luis	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: Luis	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.25 / Firma: Luis Luis	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Luis

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Davinson Barrios Caballos con Cedula nº 1045230899

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jose Antonio Ariza con Cedula nº 1043648832

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma Jose Antonio	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jose Antonio	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jose Antonio	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jose Antonio	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/04/25 Firma: José Antonio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/04/25 Firma: José Antonio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 Firma: José Antonio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

José Antonio Ariza

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: M i M.

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Carlos Lopez V con Cedula nº 70289084

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26-04-202	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Juan clp			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26.04.202	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Juan clp	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.202	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Juan Clopez V	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Juan C lopez V	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.202 / Firma: Juan Lopez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.2021 / Firma: Juan Lopez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26.04.2021 / Firma: Juan Lopez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Juan Carlos Lopez

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: m y m

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Dairom Durango con Cedula nº 1717950819

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Dairon			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26 04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dairon	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26 04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dairon	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26 2026	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dairon	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26-04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dairon	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26 04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dairon	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26 04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dairon	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Dairon Posada

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jhonnys del Rio Jrenth con Cedula nº 1045230949

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 28/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Jhonnys Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jhonnys	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jhonnys	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jhonnys	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jhonnys	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jhonnys	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jhonnys	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Jhonnys del Rio Pinto

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: D M P

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Yuliza cordoba pelaez con Cedula nº 1193596211

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO

	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Yuliza Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Yuliza	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Yuliza	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Yuliza	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Yuliza	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Yuliza	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Yuliza	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

Yuliza Cordoba

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: M & M

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Dairon David cordoba con Cedula nº 1003429506

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: David	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: David	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: David	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: DAVID	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/04/2025 Firma: David	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/04/2025 Firma: David	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/04/2025 Firma: David	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

David cordoba c.m

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Sebastian araque H con Cedula nº 1040572218

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Sebastian	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Sebastian	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Sebastian	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Sebastian	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: sebastian	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: sebastian	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-04-25 / Firma: sebastian	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de abril del 2025.

sebastian araque.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Dmp

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Xiomara Duarte con Cedula nº 1007243389

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 25-Abril-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Xiomara			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 25-Abril-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25-Abril-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Xiomara	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25-Abril-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Xiomara	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25-Abril-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Xiomara	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25- Abril- 2025 Firma: Diomara	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25- Abril- 2025 Firma: Diomara	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25- Abril- 2025 Firma: Diomara	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Diomara Duque

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Movido en casa

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Luis Alfredo Bolbraque Z con Cedula nº 1066528411

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	25/04/2025			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 25/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/2025	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/2025	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/2025 Firma: 25/04	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/2025 Firma: 25/04/2025	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Marido En casa

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Marcol Murillo Toro con Cedula nº 1020494840

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Marcol			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25/04	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marcol	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marcol	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25/04	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marcol	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04 Firma Marcel	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04 Firma Marcel	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04 Firma Marcel	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Marcel Toro

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Mapido en casa

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Eveo Alexis García con Cedula nº 1005 470 945

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Eveo Alexis			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Eveo Alexis	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Eveo Alexis	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Eveo Alexis	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04/25 Firma Ever Alexis	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04/25 Firma Ever Alexis	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04/25 Firma Ever Alexis	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Ever Alexis

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Dallinson Laiedo Urueta con Cedula nº 1076382778

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25.04.2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Danilo urriola mendoza con Cedula nº 1143410516

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	25/04/25 Danilo			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25 Danilo	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Danilo	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Danilo	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma: Danico	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma: Danico	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma: Danico	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Danico

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMD

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) BROOKLIN MORENO con Cedula nº 98645497

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: BROOKLIN	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: BROOKLIN	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: BROOKLIN	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 25/04/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: BROOKLIN	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma: BROOKLIN	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma: BROOKLIN	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/04/25 Firma: BROOKLIN	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

BROOKLIN MORENO

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jhon Alexander Vargas M. con Cedula nº 1020449004

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 25-04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25-04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25-04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 25-04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 25-04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 25-04 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: D M P

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan David Garcia con Cedula nº 1042095596

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	25/04/25			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/25	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: OMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Yan Carlos Cordoba Urrutia con Cedula nº 1078117945

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25-04-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Yan Carlos Cordoba U.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: OMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Emmanuel Solarzano con Cedula nº 1014075415 5

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma 25/04/025	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/025	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/025	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 25/04/025	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma 25/04/2025	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma 25/04/2025	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma 25/04/2025	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Roplicon

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Luis Campos con Cedula nº 5241179

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 22-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 22-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 27-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 22-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 22-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 22-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 22-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 22 de abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC.

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jose Miguel Mosquera Giron con Cedula nº 1027946410

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jose Mosquera			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jose Mosquera	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jose Mosquera	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jose Mosquera	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Jose mosquera	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Jose mosquera	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Jose mosquera	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 16 días del mes de abril del 2025.

Jose mosquera

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Nestor Manuel Serrano R. con Cedula nº 1044463880

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma Nestor Serrano	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Nestor Serrano	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Nestor Serrano	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Nestor Serrano	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Nestor Serrano	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Nestor Serrano	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Nestor Serrano	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 16 días del mes de abril del 2025.

Nestor Serrano

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC.

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Marlon Alexander Agudelo J. con Cedula nº 1093339016

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma Marlon A.	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marlon A.	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marlon A.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marlon A.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 16/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Marlon A.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Marlon A.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Marlon A.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/04/2025 Firma: Marlon A.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 16 días del mes de abril del 2025.

Marlon A.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: _____

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Wilson Jovany Calle. con Cedula nº 77721502

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	W.J.C.			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma W.J.C.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma W.J.C.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma W.J.C.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma WJC	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma WJC.	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 11/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma WJC.	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a los 11 días del mes de abril del 2025.

Wilson Yhany Calle.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Dalia rosa alvarez con Cedula nº 1147232147

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Dalia Perez			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma D	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dalia Perez	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dalia Perez	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Dalia Perez	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 09-04-25 / Firma: Daperez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 09-04-25 / Firma: Daperez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 09-04-25 / Firma: Daperez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 09 de Abril del 2025.

Daperez alvarez

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) • Jeison Rivas con Cedula nº 1133869098

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jeison Rivas			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jeison Rivas	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jeison Rivas	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 09-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jeison Rivas	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 09-04-25 / Firma: Jeison Rivas	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 09-04-25 / Firma: Jeison Rivas	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 09-04-25 / Firma: Jeison Rivas	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 09 de Abril del 2025.

Jeison Rivas

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Salvador Guillermo Diaz R con Cedula nº 71994457

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Salvador D.			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Salvador D.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Salvador D.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25 / Firma salud R	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25 / Firma Sabid R	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25 / Firma salud R	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 03 de Abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: BMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Kelly Gomez con Cedula nº 1128052356

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 03 de Abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Carlos Barrera con Cedula nº 71270098

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1: 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma: Suarl	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma: Suarl.	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma: Suarl.	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 03 de Abril del 2025.

Suan Carlos J.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: D. M. P.

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) HARLEY MORALES con Cedula nº 8160310

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 03 de Abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan manuel Lopez P. con Cedula nº 1000195297

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 03-04-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 03-04-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 03 de Abril del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: _____

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Natalia Alejandra Ortiz Alzate con Cedula nº 1018482181

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 02/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 02/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 02/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 02/04/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 02/04/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 02/04/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 02/04/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 02 de marzo del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	DMP - ARGEON. Consorcio Vial VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Construccion, restauración Andenes

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrito	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
23-04-25	Carlos Lopez Montoya		✓					✓																					CARLOS LOPEZ
23-04-25	Jose Alberto Alzate		✓					✓																					Alberto Alz
23-04-25	Duvan Saenz		✓					✓																					DUVAN
23-04-25	Oder Villalva Villa		✓					✓																					ODER
23-04-25	Medardo Gomez		✓					✓																					Medardo Gomez
23-04-25	Javier Rosario		✓					✓																					Javier Rosario
23-04-25	Jhon Blandon Monsalve		✓					✓																					JHON BLANDON
29-04-25	Alexi Villalva		✓						✓																				Alexi villalva

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	EMPRESA:	CONSORCIO VIAL VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	FRENTE DE OBRA:	Conf. ARPC - las Acacias - Poblado

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
27.03.25	Deivy Dario Obando M		✓					✓																					Deivy O.
27.03.25	Mauricio Obando		✓						✓																				Mauricio O
16.04.25	Carlos Julio Martinez		✓					✓																					Carlos
16.04.25	Huneria Padilla Luna		✓																									✓	
16.04.25	Fabian Osorio		✓					✓																					fabian

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

C. ARGEON - Miguel

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	EMPRESA:	CONSORCIO VIAL VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	FRENTE DE OBRA:	Contratista ARGEON - Laureles (Lorona)

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Línea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
19.03.25	Juan David Hurtado		✓																									✓	
19.03.25	Carlos Julio Martinez		✓					✓																					
19.03.25	Domingo Moreno		✓					✓					✓																
19.03.25	Jairo Antonio Urbiñez G.		✓										✓																
26.03.25	Solangel Urbiñez		✓					✓																					
07.04.25	Estefani Roa		✓										✓		✓														
09-04-25	Juan David Hurtado		✓					✓																					
09-04-25	Domingo Moreno Pabón		✓					✓																				✓	
09-04-25	Edil fabian Dial Franco		✓					✓																					
09-04-25	Francisco Escobar		✓					✓																					
12-04-25	Fabian Osorio		✓										✓																
15-04-25	Algiro Gabriel Miranda		✓						✓																				
15-04-25	Juan David Hurtado		✓						✓																			✓	
16.04.25	Fabian Osorio		✓					✓																					

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	EMPRESA:		Consorcio Vial VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	FRENTE DE OBRA:		

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Línea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
24-01-25	Alexander Bricaño		✓					✓																					Alexander
24-01-25	Juan pablo		✓					✓																					Juan Pablo
25-01-25	JHon Blandon	✓							✓																				JOHN BLANDON
28-01-25	Jose Venancio	✓											✓																
28-01-25	Hecto Aguirre		✓										✓																HECTOR A
29-01-25	Breiso Bolaños	✓						✓																					
29-01-25	Alexander Bricaño		✓																								✓		Alexander

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
9/04/2025	Juan Pablo Ibañez		✓					✓																					Juan Pablo
10-04-2025	Juan Blandon		✓					✓																					JUAN BLANDON
10-04-2025	Alexander		✓					✓																					ALEXANDER
12-04-2025	Danni Perea			✓				✓																					DANI PEREA
16-04-2025	Dana Gomez		✓					✓																					DANA GOMEZ
16-04-2025	Duvernet murillo		✓					✓																					
16-04-2025	Celeberto monsalve																												
16-04-2025	luis carlo perez		✓					✓																					HECTOR A
16-04-2025	Hector aguirre		✓					✓																					ALBERTO ALZATE
16-04-2025	Alberto Alzate		✓					✓																					
23-04-25	Jose venecio	✓											✓																
24-04-25	Guillermo Murcia	✓						✓																					
24-04-25	Gustavo Oquendo	✓						✓																					GUSTAVO
24-04-25	Kelly Gomez	✓						✓																					

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	EMPRESA:	CV. VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	FRENTE DE OBRA:	Belen Granada.

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
11-04-25	Miguel Osorio		✓					✓																				
11-04-25	Alexander Ramirez		✓										✓															ALEX RAMIREZ. C
15-04-25	Alexander Ramirez.		✓					✓																			✓	ALEX RAMIREZ. C
15-04-25	Eduar Marin.		✓					✓																			✓	
15-04-25	Luis A. Rodriguez		✓					✓																				Rodriguez
15-04-25	Juan Sebastian Ramos		✓					✓																			✓	
15-04-25	William Isaza.		✓					✓																			✓	William
15-04-25	Jhonny Ochoa.		✓					✓																			✓	
15-04-25	Alexi Villalba.		✓					✓																				Alexi Villalba
15-04-25	Emilio Herrera.		✓					✓					✓															
15-04-25	Oder Villalba.		✓					✓																				
15-04-25	Reginaldo Diaz		✓					✓																				Reginaldo
15-04-25	Adan Vertel.		✓					-																				
16-04-25	Duvan Suenz.		✓					✓						✓														DUVAN SUENZ

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	C.V. VG-VNF.
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Bello Girardot.

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Línea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
11/03/25	Ruben Macias		✓					✓																				
11-03/25	Adrian Macias		/					✓						✓														
11-03-25	Edwar Marin		✓						✓																			
14-03/25	Giovanni Gomez		✓																								✓	
18-03-25.	Kevin Tobias		✓					✓																				
13-03-25	Jorge Alzate.		/					✓																				
25-03-25	Oscar Gaviria		/					✓																			✓	
05-04-25	Fabian Osorio.		✓					✓																				
05-04-25	Alexander Ramirez		/					✓																			✓	
05-04-25	Richard Ramirez		/					/																				
05-04-25	Oder Villalba.		/					/																			✓	
05-04-25	Juan Sebastian Vera.		/					/																				
05-04-25	Alexis Villalba.		/					/																			✓	
05-04-25	Jais A. Rodriguez		/					/																			✓	

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

ANEXO

CHARLAS DE SEGURIDAD

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON

FECHA	01 Abril 2025	LUGAR	Lorena - Laureles Cra 79 - Cll. 38B

TEMA(S): Trabajos de alto riesgo (Trabajo en Caliente), Corte abrasivo

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David H	Oficial	98708340	ARGEON	
2	Jairo Urbiñez	oficial	78295141	ArGcon	Jairo
3	Salvangel Urbiña	Ayudante	78296641	ArGcon	
4	Alvaro Miranda	oficial	78751911	ARGEON	Alvaromiranda
5	CARLSJUTIC	AYUDANTE	1833785	ARGON	
6	DOMINGO MORENO	AYUDANTE	1027437544	ARGEON	Domingo
7	JEFERSON Acosta perez	Ayudante	1152218134.	ARGEON	
8	MIGUEL ORTIZ	Encargado	11710385	ARGEON	Miguel
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Se resalto la importancia al personal Contratista ARGEON, que se determina trabajo en Caliente (Soldadura, Corte abrasivo, metal...) que se lleve a Cabo op. de herramienta a RPM, riesgos, Consecuencias, medidas Prev.

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARPE

FECHA	01 Abril 2023	LUGAR	Las Acacias. laureles Cra. 80aa. Cll. 36

TEMA(S): Trabajos de alto riesgo (Trabajo en Caliente / Corte abrasivo

INSTRUCTOR: fabian Diaz f. Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Reiny Javier Obando Moreno.	Dpte.	1152440107	ARPE.	Reiny O.
2	Mauricio Obando.	OF.	98.640.608	Arpe.	Mauricio O.
3	Leonel Obando.	Of.	71.739.694	ARPE.	Leonel O.
4	martin monsalve	AYU	8.171.193	ARPE	martin
5	DAIRO JOSE RODRIGUEZ	AYU	1002472279	ARPE	
6	Juan Echeverry	Aux Vial	1128774225	Consorcio	Juan G
7	Luis Yanier Cuesta	operador	1001026657	amaraq	
8	Francisco Escobar H	Residente A	1040751402	VG-VNF	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Se da a Conocer al personal operativo Contratista ARPE, a que se le denomina trabajo en Caliente (Soldadura, abrasión, Corte) y demos que generan Chispas, llamas, que manejan revoluciones por minuto. Riesgos recomendaciones

fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	01/04/2025	LUGAR	Calle 28. Boler Granada.

TEMA(S): Orden y limpieza y cerramiento perimetral.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Edwar Yesid R	OF	9855457	MEC	
2	Jonny ochoa	R y V	4766975	MEC	
3	William Ibarra	Ayudante	7007733646	MEC	William
4	Alexander Ramirez	Ayudante E	1507726 3	MEC	Alex Ramirez
5	Leonardo Salazar	ayudante	1064792371	M.E.C	
6	Jhonny Ivan	OF	1.065667703	M & C	
7	Luis A Rodriguez G	OF	1039241247	MEC	
8	Juan Sebastian Ramos Avila	Oficial +++	1077974008	MEC	
9		Encargado	3672688	MEC	
10	Juan Sebastian Vera ?	Ayudante	1085042459	MEC	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Es responsabilidad de todos mantener orden y limpieza y el cerramiento perimetral en las mejores condiciones.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	01 - 04 - 2025	LUGAR	Fermi, Calasanz.

TEMA(S): Orden y Limpieza.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Clemen Diaz	trabajador	1003343366	Emco	Diaz
2	Davisan Valle Cosuna	Auxiliar	1001363044	Emco	Davisan
3	Luis Alberto Ciro	Ayudante	76166986	Emco	Luis Ciro
4	Jose Manuel Baez V.	Oficial	76791890	Emco	Jose B.
5	Juan Pablo Alvarez	Ay	1152 694936	Emco	Pablo A.
6	Uriel de Jesus Vargas	Of.	1077598908	Emco	Uriel
7	Louis Vargas	Ay	1146442012	Emco	Louis
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS
Importe todos en obra mantener orden y limpieza

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	01-04-2023	LUGAR	Belen Granada

TEMA(S): caida del mismo nivel

INSTRUCTOR: Jaqueline Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 m

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Didier Laguna	1033793892	Operador	EVG	
2	Yerson Marin	1036687352	1036687352	EXCAPI	
3	HERNAN CARVAJAL	71742486	AUX TRAN	VG-VNF	HERNAN
4	Alberto Arboleda	SST	8011983	DMP	
5	Jhon Fredy Gomez Ocampo	AY	71075841	DMP	
6	Gilberto Montoya	OF	70162209	DMP	
7	[illegible]	AY	71081825	DMP	
8	JAIRO HINCAPIE	OF	70162304	DMP	
9	JOHN ANDRES BUILDÓN H.	AY ENTRADA	1036616606	DMP	
10	HECTOR ADOLFO	AY	15340788	PMP	HECTOR A
11	Luis Guillermo	AY	98537087	DMP	
12	Carlos López	AY	70509582	DMP	CARLOS LÓPEZ
13	GERARDO MONSALVE	AY	70161568	DMP	
14	DEIVERSON FLOREZ	encargado	70074035	DMP	
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

FIRMA DEL INSTRUCTOR

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	1-04-2023	LUGAR	Bastos Fresco

TEMA(S): caidas del mismo nivel

INSTRUCTOR: Jajiana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Rodrigo Antonio ochoa	oficial	15.537.709	DMP	Rodrigo ao
2	Juan alejandro Blandón	AY	1001417658	DMP	ALejo
3	Libardo Blandón	O.P.CC.A1	98523925	D.M.P	L. Blandón B1
4	Jesus H P	AY	93289316	D M P	Jose H P
5	Sergio Gómez	07	70471523	DMP	Sergio Gomez
6	CARLOSANDRES MUÑOZ	AY	1077469803	DMP	
7	Juan pablo Ibañez	ay	1000055299	DMP	Juan pablo
8	Brayan Bejarano B.	Ayudante	1037480436	DMP	Brayan
9	GUSTAVO ARBOLEDO	M de Dante	71716117	DMP	Gustavo
10	Sandra Vargas	Aut Vial	1017154532	Vg-VNF	Sandra
11	leidy Vargas	Aut vial	1017208034	Vg-VNF	
12	Jonathan Briceño	AY CATENA	92282600	DMP	
13	Nilton Ramirez	Operador	94464586	CGVG	
14	Ormaro Hoyos	encargado	1150375291	DMP	
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Jajiana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	01-04-2025.	LUGAR	Belen. Granada.

TEMA(S): Orden y limpieza y cerramiento perimetral.

INSTRUCTOR: Ana Maria Torres TIEMPO (MINUTOS): 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Emilio HERRERA	Ayudante	1133774825	ARGEON	EMILIO
2	Richard Ramirez U	AYU	1051816062	ARGEON	Richard
3	oder smith V.	Ayudante	1051816014	ARGEON	[illegible]
4	mediardo gomez	Ayudante	1095557601	ARGEON	mediardo g
5	Giovanni Gomez	OFICIAL	1851973	ARGEON	
6	Yonier David Palacios M.	AYU	1077420602	Argeon	
7	ODER VIDALVA	AYU	73228511	Argeon	ODER
8	Reginaldo. Diaz	oficial	15049347	ARGEON	Reginaldo
9	fabian osorio	AYU	1038823729	Argeon	fabian
10	Javier Rosario Pantoja	Oficial	1068812017	Argeon	
11	Alan [illegible]	AY	70526121	Argeon	
12	OLVAN DARIO SUAREZ	ENCARGADO	70665741	ARGEON	OLVAN
13	Alexi Villalba	Ayudante	1.059826990	ARGEON	Alexi
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Es responsabilidad de todos en obra mantener oden y limpieza y el cerramiento perimetral bien instalado.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON

FECHA	02 Abril 2025	LUGAR	Lorena - Laureles Cra 79 - Cll 38B

TEMA(S): Escucha activa, Ventajas Para todo lider

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	CARLOS JULIO	AYUDANTE	4833795	ARGEON	
2	Jairo urbiñez	oficial	78295141	ARGEON	Jairo
3	Solangel urbiñez	Ayudante	78296641	ARGEON	
4	Juan David H	oficial	98708390	ARGEON	
5	Argiro murundes	oficial	8875791	ARGEON	
6	DOMINGOMORENO	AYUDANTE	1077487504	ARGEON	Domingo
7	YEFERSON Acosta perez	Ayudante	1152218134	ARGEON	
8	MIGUEL ANGEL	ENCARGADO	1171038	ARGEON	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

. Dar a entender al personal Contratista ARGEON la importancia de Comprender el mensaje de otro Compañero de trabajo de manera empatica, respetuosa estableciendo relaciones Solidas Solucion de problemas de manera eficaz

Fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARPE

FECHA	02 Abril 2025	LUGAR	Las Acacias - Lorena Cll 37 D # 82a 80

TEMA(S): Escucha activa, Ventajas Para todo lider

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f. - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Estefany Roa	Aux vial	1046812723	VG-VNF	
2	Dairo Jose P.	Ayu	1002419203	ARPE	
3	Martin moncaleano	Ayudante	8.471.493	ARPE	Martin
4	Deivy Dario Obando M.	Aux.	1152440107.	ARPE.	Deivy.
5	Mauricio Obando.	OF.	98.640.608	ARPE	Mauricio.
6	Leonel Obando.	OF.	71.739.694.	ARPE.	Leonel O.
7	[illegible] Obando	OF	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

• Resaltar la importancia del Comprender y llevar a Cabo una buena Comunicacion entre encargados, Eng. y personal operativo lo Cual Conlleva a establecer relaciones Solidas, resolver problemas de manera eficaz

Fabian Diaz f.
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	02-04-2025.	LUGAR	Calle 28 Belen, Granada

TEMA(S): Inspecciones preoperacionales.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan Sebastian Ramos Avila	Oficial ""	1077974005	MEC	
2	Luis Marcos T	Encargado	3672688	MEC	
3	Juan sebastian yepes	Ayudante	1085474459	MEC	
4	William Hamilton	Ayudante	7017023396	MEC	
5	Edwar Mario	OF.	1035545577	MEC	
6	Brian Yoan	Operador Oki	7092825	MEC	
7	Lenny Ochoa	PAV	71766775	MEC	
8	Thomy Isaza	OF	1065663703	MEC	
9	Leonardo Salazar	ayudante	1064792871	MEC	
10	ALEXANDER RAMIREZ	AYUDANTE-E	15077263	MEC	ALEX. RAMIREZ
11	JUAN D DORYEL	OF	1035854124	MEC	
12	Jhon Andres	Ayudante	1037856749	MEC	
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Importancia de realizar un debida inspección preoperacional a todos los equipos.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	02-04-2025	LUGAR	Boston Yacso

TEMA(S): Identificacion del Punto de encuentro

INSTRUCTOR: Tatiana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 mf

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Rodrigo Antonio achou S.	Oficial	15.537.709	DMP	Rodrigo achou
2	Jose V H	AY	93259356	DMP	
3	Leandro Blandon	Oficial	98523895	D.M.P	Leandro Blandon
4	Juan Alejandro Blandón	AY	1007117658	D.M.P	Alejo
5	Brayan Bgarcia	Ayudante	1037480436	DMP	Brayan
6	CARLOS ANDRES	AY	1.077446807	DMP	
7	Juan pablo Ibañez	ay	1006055299	DMP	Juan Pablo
8	Sergio Gomez	OF	70471523	DMP	Sergio Gomez
9	Alexander Bricen	AY ENTEN	7249700	DMP	Alex
10	Sandra Uruga	Aut Vial	1017154532	Ug - VNF	Sandra
11	Leidy Uruga	Aut Vial	1017208034	Ug - VNF	
12	Nilton Ramirez	Operador	94443686	Eg Ug	
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Tatiana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	02-04-2023.	LUGAR	Calle 28. Bden Granada

TEMA(S): Inspección preoperacional.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	DUVAN DARIO SAENZ	ENCARGADO	1066[illegible]7	ARGEON	DUVAN
2	ALEXI VILLALBA	AYUDANTE	1.054826990	ARGEON	Alexi
3	Richard Ramirez	AYUDANTE	1051816062	ARGEON	Richard
4	ODER VILLALVA	AYUDANTE	73228541	ARGEON	ODER
5	mederdes gomes	AYUDANTE	1[illegible]5C1	ARGEON	mederdes
6	oder smith Villalba	AYUDANTE	1051816014	ARGEON	[illegible]
7	jaziz Rosario Pantoja	oficial	1068812017	argeon	[illegible]
8	Yeg[illegible] Diaz	Oficial	1504934[illegible]	ARGEON	[illegible]
9	[illegible]	[illegible]	70526121	Argeon	[illegible]
10	fabian osorio	AYU	1038823361	Argeon	fabian
11	[illegible]	AYU	1077420623	ARGEON	[illegible]
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Resaltar la importancia de realizar la inspección preoperacional a los equipos

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	02-04-2025	LUGAR	Fenoni, Calasanz.

TEMA(S): Inspección preoperacional

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Luis Alberto Ciro	AY	70166986	Emco	Luis Ciro
2	Davison Valle Guerra.	Auxiliar	1001363044	Emco	Davison
3	Jorge Juan. Gaviria	oficial	70791690	Emco	Jorge G
4	Uriel de Jesus. Uso.	oficial	1037598908	emco	Uriel
5	Edgar Diaz	Encargado	1003343366	Emco	Edgar
6	Louis Vargas	AY	1146442012	Emco	Louis
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS
Resaltar la importancia de realizar la inspección preoperacional a los equipos.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista EXCAPI

FECHA	02 Abril 2023	LUGAR	Boston - Medellín Calle 57

TEMA(S): USO Adecuado de Elementos de protección Personal.

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	[illegible] A. Palacios	AY	1030440733	EXCAPI	[illegible]
2	Jilton Astrilla	OF	8.363.336	EXCA	[illegible]
3	[illegible] EPM	OP	1179997	ALDECCO	[illegible]
4	Juan Diego [illegible]	AY	1000.535.[illegible]	EXCAPI	[illegible]
5	Robinson Bustamante	oficial	1020464269	Excapi	Robinson B.
6	[illegible]	OF.	7978510	ESCAL	[illegible]
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Fabian Diaz
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista EXCAPI

FECHA	02 Abril 2025	LUGAR	Boston - Medellín Calle 57

TEMA(S): Uso Adecuado de elementos de protección personal

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jeiler cardona	Ay ENT	71357346	EXCAPI	J.C
2	José M. Tello	HY	9.042817	EXCAPI	JoséMD
3	Diuler porto	AY	1143287122	Excapi	Diuler
4	Jhonatan menes	Ayudante	1214742760	Excapi	Jhonatan
5	wilFredy Hernande	Aydante	1045528480	Excapi	wilfredy
6	José Alfonso Galvan V.	Ayudante	1043963858	Excapi	José G.
7		OF	1128452506	EXCAPI	
8	Alber R V.	ofi	1017172390	Excapi	AARP
9	Jhoan salazar	AYU	1192.722465	EXCAPI	
10	yoisor Bayduen V	AY	1000555748	excapi	yeisonI
11	Harlinton chalin	AY	1019922641	Excapi	Harlinton
12	Denilson Villa	AY	1045749290	EXCAPI	Denilson
13	ARNOLD Baasca	AY	1104110452	Excapi	
14	YEISON RESTREPO	AY	8128555	EXCAPI	YEISONAR
15	Enislemos Cuesta	AY	1146243459	Excapi	Enis Cuesta
16	Alvaro Mahecha	AYU	10180565	Excapi	ALVARO
17	Kevin DAVID	AY	1045497.975	EXCAPI	Kevin

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	☑	Capacitación	☐	Entrenamiento	☐	Inducción	☐
Reinducción	☐	Otro	☐				

FECHA	02-04-2023	LUGAR	Belen Granada

TEMA(S): Identificacion del Punto de encuentro

INSTRUCTOR: Fabiana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alberto Abril	Ayd	8011083	DMP	
2	[illegible]	AY	79537087	DMP	
3	carlos López	AY	7050954	DMP	Carlos López
4	JOHN AUDREY BLANDÓN HE	AY entrenador	1036616606	DMP	John Blandón
5	JAIRO EUGENIO GOMEZ J	AY	71078944	DMP	
6	JAIROHINCAPIE	OFI	70162306	DMP	JAIRO
7	Gerardo Monsalve G	AY	70161568	DMP	
8	[illegible]	AY	71081825	DMP	
9	Yeison Marin	Aux. tra	1036681352	Excel	
10	HERNAN CARVAJAL	AUX TRAN	71 742 482	VG-VNF	HERNAN
11	Didier Edgund	Operador	1037793892	VG VNF V.	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
13	Gildardo Monsalve	Oficios	70162709	DMP	
14	DUVERNEY MURILLO P	encargado	70077058S6	DMP	
15	HECTOR AGUIRRE P	AY	15340788	PMP	Hector
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Fabiana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARPE

FECHA	03 Abril 2025	LUGAR	Las Acacias - Laureles Cll. 37 D # 82a-80

TEMA(S): Señales de Prevencion de accidentes !

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Deivy Dario Obando Morales.	Ayte.	1.564401.07.	ARPE.	Deivy O.
2	Mauricio Obando.	OF	98.640.608.	ARPE	Mauricio O.
3	Leonel Obando.	Of.	71.739.694.	Arpe.	Leonel O.
4	[illegible]	AYxx	8.[illegible]	ARPE	[illegible]
5	Mario Jose Rodriguez	Ayu	1.002.[illegible]	ARPE	[illegible]
6	Esteban Roa Ch.	Aut vial	1.[illegible]	VG-VNF	[illegible]
7	[illegible]	Of.	6.Fossum	[illegible]	[illegible]
8	[illegible]	Aux Vial	1.[illegible]	Consor	Juan E
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Explicar las diferencias entre Señales de Peligro, Cuidado e instrucciones de Seguridad y Conocer los Colores asociados Con Cada tipo de señal

Fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	03-04-2025	LUGAR	Belen Granada

TEMA(S): Uso Recpe Personal

INSTRUCTOR: Johana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10m

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alberto Alzate	AYD	8011083	DMP	
2	Gerardo Monsalve G	AY	70161568	DMP	
3	Carlos Lopez	AY	70509582	DMP	Carlos Lopez
4		AY	71081825	DMP	
5	Daniel Eugenio Giraldo	AY	70707844	DMP	
6	Gilberto Monsalve	OF.	70167207	DMP	
7	JHON ANDREY BRANDON HENAO	AY ENTRENADO	1036616606	DMP	JHON BRANDON
8	Jairo Alirio Pie	OFI	70162304	DMP	JAIRO
9	HERNAN CARVAJAL	AUX TRAN	71742482	VG-VNF	HERNAN
10	Yerson Marin	Aux tran	1036691352	GxCol	
11	HECTOR AGUDELO C	AY	15340798	DMP	HECTOR A
12	Luis Guillermo	AY	98533087	DMP	
13	Nilton Ramirez	Operador	94405696	EQVG	
14	Duvernay Murillo P	encargado	70077058	DMP	
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista escapi

FECHA 03-04-2025	03-04-2025	LUGAR	ercise Boston

TEMA(S): Orden y Aseo

INSTRUCTOR: Juan Esteban h. **TIEMPO (MINUTOS):** 15 minutos

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Yeison Bedoya Velasquez	AY	1000535747	Escapi	Yeison B
2	YEISON RESTREPO	AY	8120555	ESCAPI	YEISONAR
3	Ricardo Cortes	OFI	7498550	ESCAPI	
4	Jhoan Salazar	AYU	7.792.722.465	Excapi	
5	Jun. E. P. N	OP	11799927	DLDECCO	
6	Robinson Bustamante	oficial	1020464269	Excapi	Robinson B.
7	EIKN ARIAS	OFICIAL	9576825	EXCAPI	EIKN
8	Alexander Zapata	conductor	71769034	Excapi	Alexander
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Juan Esteban h.
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

contratista excapi

FECHA	03-04-2025	03-04-2025	LUGAR	Enciso Boston

TEMA(S): Orden y Aseo

INSTRUCTOR: Juan Esteban h. **TIEMPO (MINUTOS):** 15 minutos

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Divier porto palacio	Ay enteduda	1193287122	Excapi	Divier
2	DENILSON VILLA	AY	7021574980	EXCAPI	DENILSON
3	JEIER CORDOBA	AY	71351346	EXCAPI	J.C
4	Wilfredy Hernandez	AY	1045528480	Excapi	wilfredy
5	FREYDELLA. Palacios. P	AY	1030440733	EXCAPI	FREYDELL
6	Eyns Ismis Cuesta	AY	1146434590	Excapi	Eyn Cuesta
7	Juan Diego Buriticá	AY	1.000.538732	Excapi	
8	Haxlinton chala N.	ay	1017926041	Excapi	Haxlinton
9	José Alfonso Cuan	Aydante	1043963858	Excapi	José Jaiver
10	Alvaro Manecha	Ayu	10180565	Excapi	ALVARO
11	KEINER DAVID	AY	1047477915	EXCAPI	KEINER
12	Alba N	OG	1017177290	Excapi	AHAP.
13	DENNIS Bracca	AY	1164464521	Excapi	
14	Jose M. Dallo	AY	9.042817	Excapi	JoseMD.
15	Jhon Asprilla	OP	8.363.336	EXCAPI	ASPRILLA
16		OF	1178457506	Excapi	
17	Jhonatan Hernandez	ay	1214742760	Excapi	Jhonatan Hernandez

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Garantizar el orden y Aseo tanto en las Areas de trabajo como en el campamento

Juan Esteban h.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	03-abr-2023	LUGAR	Bosconia Cesar

TEMA(S): Higiene Personal

INSTRUCTOR: Johana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Sergio Gómez	OF	70471523	DMP	Sergio Gomez
2	Juan pablo Ibañez	ay	1006055299	DMP	Juan pablo
3	Juan alejandra Blandón	A.Y	1001417658	Dmp	Alejo
4	GUSTAVO ADOLFO	AYUDANTE	1/744117	DMP	Gustavo
5	Sandra Vuga	Aut vial	1017154532	Vg - VNF	Sandra
6	Leidy Vuga	Aut vial	1017208034	Vg- VNF	
7	Jose V H P	AY	93287316	D M P	
8	Rodrigo Antonio Ochoa	oficial	15.537.769	DMP	Rodrigo
9	Libardo Blandón	oficial	91553295	D.M.P.	
10	Brayan Bayarano	Holgt	1037480436	DM.P	
11	Yonatan Briceño	Ayudante	7747800	DMP	
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Johana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	03-04-2025.	LUGAR	Belen, Granada.

TEMA(S): Identificacion de riesgos y peligros.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alexi Villalba	Ayudante	1.054826990	ARGcon	Alexi
2	Emilio HERRERA	Ayudante	1123791825	ARGcon	
3	Oder smith Villalba	Ayudante	1051816014	ARGCON	
4	Richard Ramirez	Ayudante	1051816062	ARGcon	Richard
5	ODER VILLALVA	Ayudante	73228547	ARGCON	ODER
6	medardo gomez	Ayudante	19788561	ARGcon	medardo30
7	Javier Rosario Pantoja	oficial	1068812017	Argcon	
8	fabian osorio	Ayudante	1038823369	Argcon	fabian
9	DUVAN PORRO SAENZ	ENCARGADO	1066743737	ARGCON	DUVAN
10	YONIER DAVID ZDACOSM	AYU	1072420603	Argcon	DAVID Z
11	Adonis [illegible]	A y	7052612	Argcon	
12	Reginaldo Diaz	oficial	15049347	ARGcon	Reginaldo
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Como identificar los riesgos y peligros en el lugar de trabajo y como reportarlos.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON.

FECHA	03 Abril 2025	LUGAR	Lorena - Laureles Cra 79 - Cll. 38 B

TEMA(S): Señales de Prevencion de accidentes

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David H	oficial	98708390	Argeon	
2	Domingo moreno	Ayudante	1072437524	ARGEON	Domingo
3	CAISJUTIO	Ayudante	4833785	ARGEON	
4	Jairo Urbiña	Oficial	78295141	Argeon	Jairo
5	Sol Angel Urbiña	Ayudante	78.296.641	ARGEON	
6	Algiro Miranda	oficial	78757977	ARGEON	
7	Yeferson Acosta perez	Ayudante	1152 218 134	ARGEON	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Dar a Conocer al personal operativo las diferencias entre Señales de Peligro, Cuidado, e instrucciones de seguridad y Conocer los Colores asociados, Con Cada tipo de Señal

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	03-04-2025.	LUGAR	Belen, Granada.

TEMA(S): Identificación de peligros y riesgos.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 75

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Oscar Haas	Maestro O.	70122021	MEC	
2	Alexandra Ramirez	Ayudante	1507726?	MEC	Alex Ramirez
3	Juan Sebastian Vera P	Ayudante	1085044459	MEC	
4	Jhonny Lora	OF	1.065667703	MEC	Jhonny
5	Lonny Ochoa	AYU	71766975	MEC	
6	Juan Sebastian Ramos Ayala	Oficial	1037994009	MEC	
7	William Hamilton	Ayudante	1007737696	MEC	William
8	Jesus A Rosales 26	OF	1039291847	MEC	
9	Edwar Mario R	Oficial	98554574	MEC	
10	Leonardo S	ayudante	1064792371	MEC	
11	Miguel Osorio	Ayudante	1195545550	MEC	
12	Jhonny Benitez	Oficio	1074475679	MEC	
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Como identificar los riesgos y peligros en mi lugar de trabajo y como reportarlos

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA 03-04-25	03-04-2025	LUGAR	Fernni, Calasanz.

TEMA(S): Identificacion riesgos y peligros.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Davison Yonny Guerra	Auxiliar	1001363044	Emco	Davison
2	Uriel de jesus Osu.	of	1037598908	EMCO	Uriel
3	Jorge Ivan. Ortiz	oficial	71701690	emco	Jorge
4	Glemen Diaz	Encargado	1003343366	Emco	~~Glemen~~
5	Luis Alberto Ciro	Ayudante	70166986	Emco	Luis Ciro
6	Juan Pablo Alvarez	Ay	1152694936	EMCO	Pablo A
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Como identificar los riesgos y peligros en mi lugar de trabajo y como reportarlos.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04-04-2023	LUGAR	Belen Granada

TEMA(S): Trabajo en equipo

INSTRUCTOR: Johana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 m

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alberto Arroyo	Ay.	3011083	DMP	
2	Luis Guillermo	Ay	98532087	DMP	
3	Carlos Lopez	Ay	70509582	DMP	Carlos Lopez
4	Hector Aguirre	Ay	15340788	DMP	Hector
5		Ay	71081825	DMP	
6	John Murcia Blandón	Ay Electricista	1036616606	DMP	John Blandón
7	Yesson Marin	Aux tra	1036891352	Excel.	
8	Hernan Carvajal	Aux Tran	71702482	VG VNP	Hernan
9	Jair Rodriguez	Op Fl	70162304	DMP	Jair Rodriguez
10	Dario Gomez	Ay	71071844	DMP	Dario Gomez
11	Gildardo Monsalve	Of.	70168209	DMP	
12	Duvcney Murillo	Encargado	70077058	DMP	
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Johana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Controlista ARPE

FECHA	04 Abril 2025	LUGAR	Los Acacias - Laurel Cra. 80 ac - Cll. 36.

TEMA(S): Equipo de Protección para Ojos y Cara

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Reiny Javio Obando Morales.	Ayte.	1152440107.	ARPE.	Reiny O.
2	Mauricio Obando.	Of.	98.640.608.	ARPE.	Mauricio O.
3	Leonel Obando.	Of.	71.739.694.	ARPE.	Leonel O.
4	martin monsalve	Ayte	8.477.193	ARPE.	martin
5	Luis Javier Cuesta H	Operador	1001026057	amaraQ	
6	Esteban Roa Charris	Aux Vial	1046812723	VG-VNF	
7	PE Obando	Oficial	6.765.544	ARPE	PE Obando
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

. Resaltar al personal asistente la importancia de Cuidar de la Salud Visual, Comprender las medidas preventivas a la mano para Cuidar de la integridad de los ojos y Cara ante eventos de alto riesgo

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04-04-2025.	LUGAR	Calle 28. Belen, Granada

TEMA(S): Guantes de Seguridad.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	DUVAN MARIO SAENZ	ENCARGADO	1066574737	ARGEON	DUVAN
2	ALEXI VILLALBA	AYUDANTE	1.051826990	ARGEON	ALEXI
3	Richard Ramirez	Ayudante	1051816062	ARGEON	Richard
4	ODER VILLALVA	AYUDANTE	73228547	ARGEON	ODER
5	EMILIO HERRERA	Ayudante	1133791825	ARGEON	
6	oder smith Villalba	Ayudante	1051816014	ARGEON	
7	medardo gomez	Ayudante	1147885761	ARGEON	medardo gomez
8	Reginaldo Diaz	oficial	1504q347	ARGEON	
9	Jader Rosario Pantoja	Oficial	1068812017	argeon	
10	JUNIER DAVID VALDOS M.	AY	1022420603	Argeon	
11	fabian Osorio	AY	1038883729	Argeon	fabian
12	Adan Martel	AY	7052612	Argeon	
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Tipos de guantes segun la actividad.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04-04-2025.	LUGAR	Calle 28 Belen, Granada

TEMA(S): Guantes de seguridad.

INSTRUCTOR: Ana Maria Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jhonson Jonio Yaces	Maestro Obra	70928025	MEC	
2	Miguel Osorio	Ayudante	1193544550	MEC	
3	Leonardo Salazar	ayudante	1064792377	MEC	
4	Juan sebastian vera	Ayudante	1085042454	MEC	
5	ALEXANDER RAMIREZ.	AYUDANTE	15077263	MEC.	
6	Edwar Maria R	OF	98554577	M.E.C	
7	Juan Alfonso Cruz	Encargado	367768	MEC	
8	Jonny Ochoa	OFC	71766975	MEC	
9	Juan Sebastian Parra A	Oficial	1017974068	MEC	
10	Thomas Lopez	OF	1065667703	MEC	
11	William Isaza	Ayudante	1007233696	MEC	
12	Luis A Rodriguez G	OF	1039291247	MEC	
13	Duvan E Builes	operario	1037437679	ALDECO	
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Tipos de guantes segun la actividad.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON

FECHA	04 Abril 2025	LUGAR	Lorena - Laureles Cra. 79 Cll. 38 B

TEMA(S): Equipo de Proteccion Para Ojos y Cara

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	ARGIVO miranda	oficial	78751911	argeon	
2	Solangel urbina	Ayudante	78-246 641	argeon	
3	CARLS JULIO	AYUDANTE	4B337B3	ARGEON	
4	Miguel ORTIZ	Encargado	1171038[illegible]	ARGEON	
5	Juan David H	Oficial	98708340	ARGEON	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

• Resaltar al personal operativo la importancia de dar el Uso Correcto a los elementos de proteccion personal Como lo Son gafas, Careta de esmeriler y los diferentes EPP para Prevenir afectaciones en los Ojos - Cara.

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	01-03-2023	LUGAR	Barjan

TEMA(S): Trabajo en equipo

INSTRUCTOR: Tatiana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10m

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Sergio Gómez	07	70471523	DMP	Sergio Gómez
2	Juan pablo Ibañez	a y	1006055299	DMP	Juan pablo
3	Joan alejandro Blandón	A.Y	1001417658	Dmp	Alejo
4	Sandra Usuga	AUT Vial	1017154532	Vg-VNF	Sandra
5	Leidy Usuga	AUX vial	1017208034	Vg-VNF	≠
6	Brayan Bayardo Bonilla	Aprendiz	1039480435	DMP	Brayan
7	Jose V H P	AY	9728976	D MP	
8	Rotoy. olma S.	oficial	05.537709	Dmp	Rolmer
9	J. Lando B/Bailes	oficial	95523 225	p.m.p	J. Lando B/.
10	GUSTAVO ADOLFO OD	AYUDANTE	1144113	DPM	GUSTAVO
11	Jonaiker Briceño	AYUNTAD	7242806	DMP	Alexander
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Tatiana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

Contratista excapi

FECHA	04-04-2025	LUGAR	excso Bosfar

TEMA(S): Garantizar el Area de trabajo limpia y demarcada

INSTRUCTOR: Juan Esteban hernandez **TIEMPO (MINUTOS):** 15 minutos

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Yeison Alexander Velasquez	AY	1000535747	excapi	Yeison
2	JEISER CORDOBA	AY ENT.	71351346	EXCAPI	J.C
3	Harlinton Chalá V	AY	1017226411	Excapi	Harlinton
4	ANDRES PEREZ	AY	1104464591	EXCAPI	
5	JOSE M. BELLO	AY	9.042917	EXCAPI	Jose Bello
6	Wilfredy Hernandez	AY	1045528480	Excapi	wilfredy
7	Denilson Villa	AX	1045749290	EXCAPI	Denilson
8	JHOAN SALAZAR	AYU	1017272465	EXCAPI	
9	YEISON RESTREPO	AY	8128555	EXCAPI	YEISONAR
10	JHON ASPRILLA	OP	8.363.336	EXCA	ASPRILLA
11	José Alberto Cano	Ayudante	1043633551	Excapi	José Cano
12	Eins Lemus	AY	1116436490	Excapi	Eins
13	ALBERTO	AY	1017172290	excapi	ALBERTO
14	JHONI ALEXIS	AYU	1214742760	excapi	JHONATAN
15	KEINER DAVID	AY	1045497205	Excapi	Keiner

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16	Ricardo Cortes	OFIC	7998355	EXCOPS	
17	FREY DELL. A. Palacios.	AY	1030440732	Excapi	FREY DELL
18	ELKIN AREL.	OFICIAL	73762514	EXCAPIS	ELKIN
19	Divier porto palacio	Ay enter	1193287122	Excapi	Divier
20	Robinson Bustamante	oficial	1026464269	Excapi	Robinson B.
21	Jonaton	Ayudante	1214742760	Excapi	Jonaton
22	Alvaro Mohecha	AYU	10180565	EXCAPI	ALVARO
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
lograr la o el sentido de pertenencia y la Iniciativa en el personal al mantener las Areas de trabajo siempre en excelentes condiciones	Juan Esteban hernandez FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA 04/04/23	04/04/2023	LUGAR	Fernán, Cedeño

TEMA(S): Guantes de seguridad.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jorge Ivan Gaviria	oficial	7.171.690	emco	Jorge G
2	Uriel Iglesias U.	oficial	1037598908	emco	UrielC
3	Davison Valle G.	Auxiliar	1001363044	Emco	Davison
4	Juan Pablo Alvarez	AY	1152 694 936	Emco	Pablo A.
5	Glemer Diaz	Encargado	1003343366	emco	[illegible]
6	Louis Vargas	AY	1146442012	Emco	Louis
7	Luis Alberto Cano	AY	70166986	Emco	Luis Cano
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS
Tipos de guantes segun la actividad.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	05-04-2023	LUGAR	contratista excapi exito Boston

TEMA(S): Garantizar el debido diligenciamiento de los permisos de trabajo

INSTRUCTOR: Juan Esteban Hernandez **TIEMPO (MINUTOS):** 15 minutos

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jose. M. Bello Julio	AY	9.042.917	Excapi	José M.B
2	Fabian D. Palacios. G	AY	1030440733	Excapi	Fabian
3	Alvaro Mahecha	Ayu	10180565	Excapi	Alvaro
4	Albeiro Ledo	of.	1017172390	excapi	
5	Jhoan salazar	Ayu	1792722465	Excapi	
6	Denilson Villa	AY	1045749290	Excapi	Denilson
7	Robinson Bustamante	oficial	1026464269	Ex capi	Robinson B.
8	Wilfredy Hernandez	AY	1045528480	Excapi	wilfredy
9	Divier porto palacio	Ay entendido	1193287122	Excapi	Divier
10	JEISER CORDOBA	AY ENTENDIDO	71.351.346	EXCAPI	J.C.
11	ARNOVIS Presco	AY	1104404521	Excapi	
12	Jonata	AY	1214748760	Excapi	Jonata
13	Yeison Echeverri	AY	1000535242	excapi	Yeison E
14	José Alonso Gamon	Ayudante	1043963185	Excapi	José
15					

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16	Harlinton Chala'N	AY	1012992641	Excapi	Harlinton
17	YEISON RESTREPO	AY	B128555	EXCAPI	YEISONAR
18	KEINER DAVID	AY	1045 [illegible] 78	EXCAPI	KEINER
19	Enis Jemus Cuesta	AY	1116634590	Excapi	Enis
20	JHON ASPRILLA	OF	8.363.336	EXCA	ASPRILLA
21	Robinson Bustamante	OFICIAL	1020464269	Excapi	Robinson B.
22	ALVARO Mahecha	AYA	10180565	Excapi	ALVARO
23	Ricardo Cortes	OFI	1098356076	Excapi	
24	Alexander Zapata	conectista	1116690378	Excapi	Alexander
25	ELKIN ARELAS	OFICIAL	98762514	EXCAPI	ELKIN
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Garantizar los debidos permisos de la ejecución de las Actividades diarias

Juan Esteban Hernandez

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista Excapi

FECHA	05 Abril 2023	LUGAR	Las Acacias - Laureles Cra. 80 aa - Cll 36

TEMA(S): Ergonomia, Calistenic laboral

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Deiver Jovia Obando Morales.	Ayte	1152440107.	AMPE.	Deiver O.
2	Mauricio Obando.	Of.	98.640.608.	Arpe.	Mauricio O.
3	Leonel Obando.	Of.	71.739.694.	AMPE.	Leonel O.
4	Martin monsalve	ARA y x1	8.[illegible]793	AMPE	Martin
5	[illegible]	Of.	1.7[illegible]	AMPE	[illegible]
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Resaltar al personal operativo Excapi el entender la definicion de que es la ergonomia, familiarizarse con las consecuencias de las malas Posturas (Prolongadas) dar a saber la manera de prevenir afectaciones

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	5 - ou - 2023	LUGAR	Belen Granada

TEMA(S): Orde y aseo

INSTRUCTOR: Jaliana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 1 am

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alberto Abate	AyD	8011083	DMP	
2	Hector Aguilar C	AY	15388788	DMP	HECTOR
3		AY	71081825	DMP	
4	Jairo Rojas	OFI	70162304	DMP	Jairo
5	Mario Eduardo Giraldo	AY	75071844	DMP	
6		AY	98533087	DMP	
7	CARLOS LOPEZ	AY	70509584	DMP	CARLOS LOPEZ
8	Oerson Marin	Aux tra	1036697352	GXOPI	
9	HERNAN CARVAJAL	AUX TRAN	71742482	VG-VNF	HERNAN
10	Gerardo Monsalve G	AY	70161568	DMP	
11	Gilolaida Monsalve	OFI	70162208	DMP	
12	DUVERNEY MURILLO P	Cargado	7007705836	DMP	
13	Luis Javier Cuesta	operador	1001026657	amoraq	
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Jaliana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	05 - 04 - 2025	LUGAR	FERPINI, CALASANZ

TEMA(S): Cerramiento perimetral

INSTRUCTOR: Ana María Toro **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Clemen Antonio Diaz	Encargado	1003343366	Emco	~~Diaz~~
2	Louis Vargas	AY	1146442012	Emco	Louis
3	UA'EL DEJESUS	OP	1037598908	EMCO	UA'EL
4	~~Quisca~~ Vane G.	Auxiliar	1001363044	Emco	Denisca
5	Jorge Luis Gonzalez	Op.	71791590	Emco	Jorge G.
6	Juan Pablo Alvarez	Ay	1152694436	Emco.	Pablo A.
7	Louis Vargas	Ay	1146442012	Emco	Louis.
8	Luis Alberto Cuo	Ay	70166986	Emco	Luis Cuo.
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Mantener el cerramiento y la señalización en buen estado es responsabilidad de todos

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON

FECHA	05 Abril 2025	LUGAR	Lorena - Laureles Cra 79

TEMA(S): Ergonomia, Calistenia laboral

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Oliva Miranda	Oficial	78751911	ARGEON	
2	Miguel Rosero	Encerrador	1710385	ARGEON	
3	Jhoan David H	Oficial	98708340	ARGEON	
4	Salomon Urbiñez	Ayudante	78296491	ARGEON	
5	EXPIS JUTIO	AYUDANTE	4B337B5	ARGEON	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Resaltar al personal asistente ARGEON, la definición sobre que es ergonomía, familiarizarse con las consecuencias que conlleva a los malas Posturas (Prolongadas) con el fin de prevenir afectaciones físicas

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	05-04-2023	LUGAR	Bosqon Cesar

TEMA(S): orden y aseo

INSTRUCTOR: Juliana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan pablo Ibañez	ayu	1005057294	DMP	Juan pablo
2	Brerson Bayarano B.	Ayudante	1037480436	DMP	Brerson
3	Sergio Gómez	OF	7047523	DMP	Sergio Gómez
4	Yonniker Bricen	AY entren	42800	DMP	
5	Jose Hernandez	AY	9732893	DMP	
6	Gustavo Dolfo B	Ayudante	1744117	DMP	Gustavo
7	Roberto Antonio Cha S	oficial	15.537.709	DMP	Roberto
8	Leonardo Blanco	oficial	96523275	DMP	Leonardo
9	Sandra Vega	Aux vial	1017154532	Vg - VNF	Sandra
10	Leidy Vega	Aux vial	1017203034	Vg - VNF	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Juliana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	05-04-2023.	LUGAR	Calle 28. Belen Granada

TEMA(S): Cerramiento perimetral y señalización.

INSTRUCTOR: Ana María Torres V. **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Duvan David Saenz	Encargado	1066574337	Argeom	Duvan
2	Reginaldo Diaz	oficial	15049347	Argeom	Reginaldo
3	Mfredo Torres	Ayudante	1947655761	Argeon	Mfredo Torres
4	Javier David Solano M.	Ayu	1077420603	Argeon	Javier
5	Richard Ramirez v.	Ayu	1077420603	Argeon	Richard
6	ODER VILLALVA V	AYUDANTE	73228541	Argeon	ODER
7	Alexi villalba	Ayudante	1.051826990	Argeon	Alexi
8	Oder smith V.	Ayudante	1051816014	ARGEON	
9	Emilio HERRERA	Ayudante	1137191825	Argeon	
10	fabian osorio	Ayudante	1088277	Argeon	fabian
11	Adan Uribe	Ayu	7052681	Argeon	
12	Javier Rosario p.	Oficial	1068812017	Argeon	Javier
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Mantener el cerramiento perimetral y la señalización interna es responsabilidad de todos.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	05-04-2025.	LUGAR	Belen, Granada.

TEMA(S): Cerramiento perimetral y señalización.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Roberto Macias	Maestro Obra	70928025	MEC	
2	Edwin Main R.	OF.	93554577	M.E.C	
3	Miguel Osorio	Ayudante	1193544550	MEC	
4					
5	Juan Sebastian Ramos A.	Oficial	1077974008	MEC	
6	Thonny Ibarra	OF	1065663703	MEC	
7	Jonny ochoa	AYU	1766975	MEC	
8	Luis A Rodriguez G	OF-	1035291241	MEC	
9	Emmanuel Herrera Posso	Ayu.	1013467377	MEC.	Emmanuel H.
10	Juan Sebastián Vera	Ayu	1085042459	MEC	
11	William Isaza	Ayu	1007233646	MEC	William
12	Alexander Ramirez	Ayu	1077263	MEC	Alex Ramirez
13	Leonardo Salazar	ayudante	1069792371	M.E.C	
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Mantener en buen estado el cerramiento perimetral y la señalización es responsabilidad de todos.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON

FECHA	07 Abril 2025	LUGAR	Poblado - Medellin Cll 5f

TEMA(S): Condicion y acto inseguro; Inicio de trabajos nuevo Punto Poblado

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f - Insp SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David H	OFICIAL 98708340	98708340	ARGEON	
2	Jairo Herbitas	oficial	78295141	ARGEON	
3	Estefani Roa	AUX VIAL	1049812723	VG-VNF	
4	Domingo Moreno	Auxiliar	1077437511	ARGEON	DOMINGO
5	CHRISTIAN	AUXILIAR	1133785	ARGEON	
6	YEFERSON Acosta Ruiz	Ayudante	1152218134	ARGEON	
7	Honorin Padilla Lora	AUX VIAL	9357627	Consorcio	
8	[illegible]	OP	4799927	OLDECCA	
9	Francisco Ester	Residente A	1040751402	VG-VNF	
10	Wilmer Ordoñez	Encargado	1710385	ARGEON	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Dar a Conocer al personal Contratista lo que Conlleva a los actos inseguro donde las acciones y decisiones humanas que Conllevan a Situaciones inseguras, incidentes o accidentes Con Consecuencias a la Salud, Producción

Fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista ARGEON

FECHA	07 Abril 2025	LUGAR	Lorena - Laureles Cra. 79

TEMA(S): Condicion y acto inseguro

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f - Insp SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Hilario Miranda	oficial	78751811	ARGEON	
2	Solangel urbina	Ayudante	78296641	ARGEON	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Dar a Conocer al personal Contratista las Causas inmediatas de los accidentes de trabajo, al no reportar, Corregir Condiciones Sub estandares

Fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contalista ARPE

FECHA	07 Abril 2025	LUGAR	Laureles Las Acacias.

TEMA(S): Condicion y acto inseguro; la importancia de reportar Condiciones Sub-estandares

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Reiy Dario Obando Morales.	A.Y.e.	1152440107	ARPE.	Reiy O.
2	Mauricio Obando.	OF.	98.640.608.	Arpe.	Mauricio O.
3	Leonel Obando.	OF.	71.739.694.	ARPE	Leonel O.
4	illegible	AYe	illegible	ARPE	illegible
5	illegible	oficial	illegible	illegible	illegible
6	Deiro Rodriguez	incapacitado	—	—	—
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Se resalta al personal Contalista ARPE la importancia de reportar todo Condicion insegura que pueda Conllevar a afectaciones fisicas y/o daños, Perdidas materiales, al igual que Ser precavidos al actuar de forma Segura.

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	07-04-2025	LUGAR	Calasanz.

TEMA(S): Seguridad Vial en obras de construcción.

INSTRUCTOR: Luis F. Orozco. **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Clemen Diaz	Encargado	1003343366	Emco	Diaz
2	Juan Echeverry	Aux. vial	1128274275	Consorcio	Juan G
3	Davison Vaya Godoy	Auxiliar	1091363044	Emco	Davison
4	Jorge Juan Toscano. V.	Oficial	91791697	Emco.	Jorge G.
5	Yoneidy Jesus. V.	Oficial	1037598908	emco.	Yoni
6	Juan Pablo Alvarez	AY	1152 644 436	EMCO	Pablo A.
7	Luis Alberto Ciro	AY	1016698 86	EMCO	Luis Ciro
8	Louis Vargas	AY	1146442012	Emco	Louis
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	07-04-2025	LUGAR	Calasanz.

TEMA(S): Protección de los ojos

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan Pablo Alvarez	AY	1152 694 936	Emco	Pablo A
2	Luis vargas gonzalez	AY	1146442012	Emco	Luis vargas G.
3	Davison Valle Guevara	AY	1001363044	Emco	Davison
4	Uriel de Jesus Urrego	OP	1037598908	Emco	Uriel
5	pedro Juan Green Us	oficial.	7171171170	emco.	pedro G.
6	Luis Alberto Ciro	AY	70166986	Emco	Luis Ciro
7	Glemen Diaz	Encargado	1063343366	Emco	~~Diaz~~
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Uso adecuado de las gafas de seguridad.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	07-04-2025	LUGAR	Enciso bastor. ~~Excapi~~

TEMA(S): Manipulación manual de cargas

INSTRUCTOR: Ivon Esteban Hernandez **TIEMPO (MINUTOS):** 15 minutos

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jeison Duruen V	AY	1000535742	excapi	Jeison
2	Ricardo Cotta	OFi	7998756	EXCAPI	
3	ARNOVIS PRASCO	AY	1104464521	EXCAPI	
4	Robinson Bustamante	oficial	1020464269	EXCAPI	Robinson B
5		OF	1178452506	EXCAPI	
6	Juan Diego	X	1.000534737		
7	Jose	AY	9.04n817	EXCAPI	
8	Wilfredy Hernandez	AY	1045528480	EXCAPI	wilfredy
9	Alvaro Tahecho	AYL	10180565	EXCAPI	ALVARO
10	YEISON RESTREPO	AY	8128555	EXCAPI	YEISONR
11	FREYDELL A. Palacios.	AY	1030440733	EXCAPI	FREYDELL
12	JEILER CORDOBA	AY ENT.	71.351.345	EXCAPI	J.C
13	ELKIN PRADA	OFICIAL	78762514	ELKIN	ELKIN
14	Denison Villa	AY	7041574929	EXCAPI	Denison
15					

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16	Diver porto	Ay ente	1143268172	Excap:	Diver
17	Eng lenes cast	Ay	1146432190	Excap:	Eng
18	Koinar PNP	Ay	1045497795	Excap	Koinar
19	Alberto P.	Of:	1017173390	Excap:	AARP
20	JHONATAN ALEXIS	ayu	1214742760	excap:	JHONATAN
21	Harlintsh chala	ay	1019902641	Excapi	Harlintsh
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
garantizar unas buenas practicas operativas a la hora de manipular las cargas manuales	Juan Esteban Hernandez FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04-ene-2023	LUGAR	Belen Granada

TEMA(S): Orden y aseo

INSTRUCTOR: Juliana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 mt

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Yesson Marin	Aux. tec	1036681352	Excel	
2	Danilo Pineda Gomez	AY	7507845	DMP	
3	Jhonander Diaz Ruiz	Ay operador	1036616605	DMP	
4	Hector Arguello	AY	1534078	PMP	Hector
5	Alberto Alzate	AyD	8911083	DMP	
6		AY	71081825	DMP	
7	Estefania Monsalve	oficial	1216820	DMP	
8	Carlos Lopez	AY	70509562	DMP	Carlos Lopez
9	Geyner Narvaez	AY	20161508	DMP	
10	Jairo Hincapie	OFI	70623044	DMP	Jairo
11	Duvainer Murillo P	encargado	1007203585	DMP	
12	Hernan Carvajal	Aux Tecn	71742482	VG-VNF	Hernan
13	Luis Javier Cuesta A	Operador	1007026654	amarag	
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Juliana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	07-04-2023	LUGAR	Basfon Ecaso

TEMA(S): comunicacion efectiva

INSTRUCTOR: Johana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10 mt

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Luis Guillermo	HV	98533097	DMP	
2	Sergio Gómez	OT	70471523	DMP	
3	Juan alejandro B	A.Y	1004117658	DMP	
4	Relevo ochoa S.	oficial	15.537.509	DMP	
5	Juan Carlos Lopez	Ayudante	71.270098	DMP	
6	Kelly Johana G	Ayudante	1128052??	DMP	
7	HARLEY MORALES	AY	8160310	DMP	
8	Juan manuel yepes R.	Ay	1000195297	DMP	
9	Jose V H P	AY	98289316	DMP	
10	Juan pablo Ibañez	ay	1006055299	DMP	Juan pablo
11	GUSTAVO ADOLFO OB	AY DATA	1144111	DMP	
12	Didier Segura	Operador	1033793897	E VG	
13	sandra usuga	AUX Vial	1017291532	VG VNF	sandra
14	Leonardo Alvarado	oficial	Alvarado	D.M.P	
15	leidy Uzuga	AUX VIAL	1017208034	VG-VNF	
16	Brayan Bejarano	Ayudante	1037480436	DMP	
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Johana Vanegas
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	07-04-2023.	LUGAR	Belen, Granada.

TEMA(S): Protección de la cabeza, Casco de Seguridad.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Manuel D Socio	Ayudante	1193544550	MEC	
2	Kevin Hacon	Maestro Obra	70928025	MEC	
3	Jonny ochoa	AYU	1766975	MEC	
4	William Hamilton Ismea	Ayudante	1007233696	MEC	William
5	Leonardo Salazar	ayu	1064792371	MEC	
6	Edwar Maria N	OF	98554572	M.E.C	
7	Juan Sebastian vera	Ayu	1085042459	MEC	
8	ALEXANDER RAMIREZ	AYUDANTE E.	15077263	MEC	ALEXRAMIREZ
9	Luis A Rodriguez	OF	1039241249	MEC	
10	Thonny Ipan	OF	1065667703	MEC	
11	Danna Bueno	operario	1077435679	MEC	
12	Emmanuel Herrera Posso	Ayudante	1063467377	MEC.	Emmanuel H.
13	Nicolas Ramirez H	operador	94445686	EQVG	
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Que tipo de protección para la cabeza necesitamos según nuestra actividad.

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	07-04-2025.	LUGAR	Calle 28. Belen Granada.

TEMA(S): Protección de la cabeza. Caso de seguridad.

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	DUVAN DARIO TAFUR	ENCARGADO	1066 47607	ARGEON	
2	Oder Smith Villalba	Ayudante	1051816014	ARGEON	
3	fabian osorio	Ayudante	1078827769	Argeon	fabian
4	Richard Ramirez	Ayudante	1051816062	Argeon	Richard
5	ODER VILLALVA	Ayudante	7322854	Argeon	ODER
6	Javier Rosario Pontoya	oficial	1068812017	Argeón	
7	Yonier Davis Salcedo M.	Ayu	1077420603	Argeon	
8	Alexi villalba	Ayudante	1.051826990	ARGEON	Alexi
9	EMILIO HERRERA	Ayudante	1133294825	ARGEON	
10	Adan Martinez	Ayudante	7052617	Argeon	
11	Maeda Alzogaray	Ayudante	1065501	Argeon	maedardo
12	Reginaldo Diaz	Oficial	1504947	ARGEON	Reginaldo
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Que tipo de protección para la cabeza necesitamos según nuestra actividad.

Ana Torres.
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	X	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contralista ARGEON

FECHA	08 Abril 2025	LUGAR	Poblado - Medellin Calle 5f

TEMA(S): ¿Qué hacer Cuando alguien Sufre una Cortadura menor?

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f- Insp SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Domingo Moreno	Auxiliar	1077[illegible]4	ARGEON	Domingo
2	Jhoan David H	Oficial	9870[illegible]390	Argeon	[illegible]
3	carlos Julio	Ayudante	4833785	Argeon	Carlos
4	Jairo urbañez	Oficial	78295141	Argeon	Jairo
5	Selvangel urbina	Ayudante	78291641	Argeon	[illegible]
6	Alviro Miranda	Oficial	78751911	Argeon	[illegible]
7	fabian Osorio	Ayudante	1038823379	Argeon	fabian
8	Stefani Roa	Auxvial	1046812723	VG-VNF	[illegible]
9	Yeferson Acosta perez	Ayudante	1152218134	ARGEON	[illegible]
10	Hanorin Padilla Lucia	Auxvial	43516678	Consorcio	[illegible]
11	Miguel [illegible]	Encargado	1710385	ARGEON	[illegible]
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

•Se da a Conocer al personal argeon lo primordial al presentarse una Cortadura menor al llevar a Cabo trabajos, lavarse las manos lavar Suavemente la herida (limpieza), Presionar Con gasa, Cubrir Con Vendaje

Fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contabilista ARPE

FECHA	08 Abril 2025	LUGAR	Bodegas Los Acacios.

TEMA(S): ¿Que hacer Conde alguien sufre una Cortadura menor?

INSTRUCTOR: Fabian Diaz f - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Daniel Mauricio Obando Morales.	Ayte	1152446107.	ARPE.	Daniel O.
2	Mauricio Obando.	OF.	98.604.66[illegible]	ARPE.	Mauricio O.
3	Leonel Obando.	Of	71.739.694.	ARPE.	Leonel O.
4	[illegible]	Ayte	8.4[illegible]	ARPE	[illegible]
5	[illegible]	Oficial	6.[illegible]	ARPES	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	—	ARPE	—
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Se enfatiza al personal Contabilista ARPE la importancia de saber la manera correcta de llevar a Cabo una Curacion ante heridas menores para prevenir, Controlar infecciones.

Fabian Diaz f
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	08-04-2025	LUGAR	Cruce Boston

TEMA(S): Calistenia, uso Adecuado de epps para el vaciado de Anclajes

INSTRUCTOR: Juan Esteban Hernandez **TIEMPO (MINUTOS):** 15 minutos

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	JEREZ CREDOSA.	AY ENT.	71351345	EXCAPI	J.C
2	Yeison Barquez Velasquez	AY	1000539747	excapi	Yeison B
3	Elvis James Cuesta	AY	1146434590	Excapi	Elvis Cuesta
4	Alvaro Mahecha	AYA	10180565	Excapi	Alvaro
5	Wilfredy Hernandez	AY	1045528480	Excapi	wilfredy
6	José M. Bello	AY	9.042817	excapi	José MB
7	Diver porto	Ay ente	1193287172	Excap	Diver
8	Jhonatan monese	Ay	1014742760	Excapi	Jhonatan
9	Denilson VILLA	AY	1045744990	EXCAPI	Denilson
10	ARNOLDS Barca	AY	1104404571	EXCAPI	Arnold
11	Juan Diego Rincon	AY	1.000.538.732	Excapi	
12	Yeison DAVID	AY	1047547979	EXCAPI	YDAVID
13	Alba R. P.	OK	1017178390	excapi	AARP
14	Alexander Chagion	contratista	71769037	Excapi	Alexander
15		OP	1088452506	EXCAPI	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023