| BIOLOGICOS | Exposición | | | BIOMECANICO | Exposición | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C | F | O | | C | F | O |
| Contacto con o inhalación de microorganismos (virus, bacterias, etc.) | X | | | Bipedestación | | | X |
| | | | | Inclinado | | | |
| Contacto con macro organismos (roedores, serpientes, perros, etc.) | X | | | Sentado | | X | |
| | | | | Agachado | | | |
| | | | | Desplazamiento | | | |
| | | | | Movimientos Repetitivos | | X | |
| | | | | Manipulación De Cargas | | X | |

| SEGURIDAD | Exposición | | | PSICOLABORAL | Exposición | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C | F | O | | C | F | O |
| Alturas | | X | | Personal a cargo | X | | |
| Espacio confinado | | | X | Trabajo duro | | X | |
| Tránsito | | | X | Trabajo nocturno | | | X |
| Locativos (superficies irregulares) | | | X | Carga laboral excesiva | | | X |
| Eléctricos alta y baja tensión | | | X | Desplazamiento extenso del sitio de trabajo a la casa | | | X |
| Mecánicos (elemento de máquinas, herramientas, piezas a trabajar) | | | X | Jornada extensa de trabajo | | | X |
| Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendios) | | | X | Trabajo en equipo | | | X |
| Público | | | X | Labor de alta concentración | | | X |

**10. EXÁMENES OCUPACIONALES REQUERIDOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Examen Médico Ocupacional | X | Colesterol Total- Hdl | |
| Evaluación Sistema Músculo Esquelético | X | Perfil Lipídico | |
| Optometría | X | Examen para Trabajo en Alturas | |
| Audiometría | X | Otros: | |
| Espirometría | | | |

Yeison Alguero Cardenas Acosta
Representante Legal

Alisson Rodriguez
Nombre del Trabajador
CC: 1023914806

| | | |
|---|---|---|
| | COMPROMISO DE AUTOCUIDADO Y CUMPLIMIENTO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CODIGO: F RH 1046<br>FECHA: 24-01-25<br>VERSIÓN 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL COLABORADOR | ARL: AXA COLPATRIA |
| CARGO / ACTIVIDAD | PROYECTO DE OBRA |

**RIESGOS A LOS QUE ESTOY EXPUESTO EN MI ACTIVIDAD (Marque con una X)**

**RIESGO FÍSICO**

- [ ] Ruido
- [ ] Vibraciones
- [ ] Iluminación (Exceso o falta, luz visible)
- [ ] Radiaciones no ionizantes (Radiación UV, infrarroja, microondas, radiofrecuencia)
- [ ] Temperaturas extremas (Calor, frío)
- [ ] Presión atmosférica

**RIESGO BIOMECÁNICO**

- [ ] Postura inadecuada
- [ ] Sedentarismo
- [ ] Movimientos repetitivos
- [ ] Manipulación manual de cargas

**RIESGO QUÍMICO**

- [ ] Gases y vapores
- [ ] Material particulado
- [ ] Humos metálicos, no metálicos y de combustión
- [ ] Líquidos

**RIESGO PSICOSOCIAL**

- [ ] Características de la tarea
- [ ] Extensión de la jornada
- [ ] Turnos de trabajo
- [ ] Relación con los compañeros

**RIESGO PÚBLICO**

- [ ] Robo
- [ ] Atraco
- [ ] Asalto
- [ ] Secuestro
- [ ] Extorsión
- [ ] Homicidio

**RIESGO DE SEGURIDAD**

- [ ] Mecánico
- [ ] Eléctrico
- [ ] Locativo (condiciones de orden, aseo, señalización)
- [ ] Tecnológico
- [ ] Accidentes de tránsito
- [ ] Públicos (robos, atracos, asaltos, secuestros, extorsiones, homicidios)
- [ ] Trabajo en alturas
- [ ] Espacios confinados
- [ ] Trabajo en caliente
- [ ] Manejo de herramientas
- [ ] Trabajo con electricidad

**RIESGO BIOLÓGICO**

- [ ] Virus
- [ ] Bacterias
- [ ] Hongos
- [ ] Parásitos
- [ ] Picaduras o mordeduras de animales

**RIESGO DE FENÓMENOS NATURALES**

- [ ] Sismo
- [ ] Vendaval
- [ ] Inundación
- [ ] Derrumbe
- [ ] Otro: ¿Cuál?

**PARA TRABAJO EN ALTURAS (SI APLICA)**

El AUTOCUIDADO implica que todos somos responsables. El incumplimiento de las normas establecidas en este documento puede generar accidentes graves o mortales. El no cumplimiento de este compromiso será motivo de sanciones disciplinarias según el Reglamento Interno de Trabajo.

**DEBERES Y RESPONSABILIDADES ESENCIALES**

- Utilizar de manera adecuada todos los elementos de protección personal (EPP) suministrados por la empresa.
- Participar activamente en todas las capacitaciones, entrenamientos y actividades de promoción y prevención en seguridad y salud en el trabajo.
- Reportar inmediatamente cualquier condición insegura, acto inseguro, incidente o accidente de trabajo, por pequeño que parezca.
- Cumplir con todas las normas, procedimientos y reglamentos de seguridad establecidos por la empresa.
- No realizar trabajos en alturas sin haber sido autorizado y capacitado para ello.
- Mantener el orden y la limpieza en el área de trabajo, evitando obstáculos y riesgos innecesarios.
- Informar de inmediato a su jefe inmediato sobre cualquier situación que considere insegura o que pueda poner en riesgo la seguridad de otros.
- Participar activamente en las inspecciones de seguridad y en la implementación de las acciones correctivas y preventivas.
- No consumir alcohol, drogas o sustancias psicoactivas que puedan afectar su capacidad para trabajar de manera segura.
- Respetar las señales de seguridad y no retirar ni modificar ningún dispositivo de seguridad sin autorización.
- Cuidar y hacer buen uso de las herramientas, equipos y materiales de trabajo, asegurando que estén en buen estado antes y después de su uso.
- Reportar cualquier enfermedad o condición médica que pueda afectar su seguridad o la de sus compañeros durante el trabajo.
- Participar en los simulacros de emergencia y conocer las rutas de evacuación y los puntos de encuentro.
- No trabajar bajo la influencia de medicamentos que puedan causar somnolencia o afectar su capacidad de reacción.
- Cumplir con las normas de seguridad vial durante el desplazamiento hacia y desde el lugar de trabajo, incluyendo el uso del casco y el respeto a las señales de tránsito.

**ACCIONES DISCIPLINARIAS Y SANCIONES**

- Amonestación verbal o escrita.
- Suspensión temporal del trabajo sin remuneración.
- Terminación del contrato de trabajo por justa causa, según lo establecido en el artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo.
- No generación de pago de prestaciones sociales, según lo establecido en el artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo.

Declaro que he leído y comprendido el presente documento y me comprometo a cumplir con todas las normas y responsabilidades aquí establecidas.

- Entiendo que el incumplimiento de estas normas puede resultar en sanciones disciplinarias, incluyendo la terminación del contrato de trabajo por justa causa.
- Autorizo a la empresa a realizar las inspecciones necesarias para verificar el cumplimiento de estas normas.
- Me comprometo a participar activamente en la promoción de un ambiente de trabajo seguro y saludable.
- Me comprometo a reportar cualquier accidente, incidente o condición insegura que observe en el lugar de trabajo.
- Me comprometo a utilizar los elementos de protección personal (EPP) suministrados por la empresa y a cuidarlos adecuadamente.
- Me comprometo a participar en las capacitaciones y entrenamientos en seguridad y salud en el trabajo.
- Me comprometo a cumplir con las normas de seguridad establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo y en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Me comprometo a no consumir alcohol, drogas o sustancias psicoactivas que puedan afectar mi capacidad para trabajar de manera segura.
- Me comprometo a reportar cualquier enfermedad o condición médica que pueda afectar mi seguridad o la de mis compañeros durante el trabajo.
- Me comprometo a participar en los simulacros de emergencia y conocer las rutas de evacuación y los puntos de encuentro.
- Me comprometo a no trabajar bajo la influencia de medicamentos que puedan causar somnolencia o afectar mi capacidad de reacción.
- Me comprometo a cumplir con las normas de seguridad vial durante el desplazamiento hacia y desde el lugar de trabajo, incluyendo el uso del casco y el respeto a las señales de tránsito.

Entiendo que el incumplimiento de estas normas puede resultar en sanciones disciplinarias, incluyendo la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

| | |
|---|---|
| Nombre del colaborador: | |
| Cédula de ciudadanía: | |
| Cargo: | |
| Fecha: | |
| Firma: | |

# COMPROMISO DE AUTOCUIDADO Y CUMPLIMIENTO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA:

VERSIÓN:

Trabajadores de Alto Riesgo Eléctrico

- Estar afiliado y activo en el sistema general de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales.
- Estar capacitado en trabajo seguro en alturas, con certificado vigente y aprobado.
- Portar los equipos de protección personal requeridos para la actividad.
- Realizar el pre-uso de los equipos antes de cada jornada.
- El trabajo en alturas debe ser autorizado por escrito por el supervisor, quien debe verificar que el trabajador cumple todos los requisitos antes de permitir el ingreso.
- Informar de inmediato cualquier condición insegura o incidente.
- Utilizar el arnés de cuerpo entero con doble línea de vida y punto de anclaje certificado.
- No realizar trabajos en alturas bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.
- Participar en todas las capacitaciones programadas por la empresa.

Trabajadores de Bajo Riesgo

- Asistir a la totalidad de charlas de seguridad, pausas activas y capacitaciones que la empresa programe.
- Reportar de inmediato cualquier accidente, incidente o condición insegura que observe.
- Cumplir con las normas básicas de seguridad: uso de casco, calzado cerrado y chaleco reflectivo en zonas de tránsito.
- No ingresar a zonas restringidas sin autorización.

Todos los Trabajadores

- Participar activamente en los simulacros de emergencia programados por la empresa.
- Conocer la ubicación de los extintores, botiquines y rutas de evacuación de su área de trabajo.
- No trabajar bajo la influencia de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Mantener el orden y la limpieza en su puesto de trabajo.
- Cumplir con el reglamento interno de trabajo en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Uso del Parqueadero Interno

- Transportar solo a las personas autorizadas y hacerlo con la puerta cerrada durante el trayecto.
- El trabajador debe estar presente en el momento de la entrega y recepción del vehículo.
- Estacionar solo en los espacios designados, sin bloquear salidas de emergencia ni zonas de circulación.
- Cualquier incidente debe reportarse dentro de las 24 horas siguientes al evento, sin excepción.

En la Cocina

- Mantener las normas de higiene y limpieza de los alimentos.
- Los sobrantes de los almuerzos no deben permanecer en el área más de 30 minutos después de servir.
- Evitar guardar en la nevera alimentos que no sean de consumo diario para mantener el espacio disponible.
- Lavar y secar correctamente los utensilios después de cada uso.
- Respetar el horario y el lugar designado para el consumo de alimentos.

Yo, [redacted], identificado con Cédula de Ciudadanía No. [redacted], manifiesto que he leído y comprendido el presente documento y me comprometo a cumplir con todas las obligaciones aquí descritas, siendo consciente de que su incumplimiento podría generar sanciones disciplinarias y afectar mi seguridad y la de mis compañeros.

Firmas

Nombre: [redacted]

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL RESPONSABLE SST

NOMBRE:

CARGO:

ANEXO 2.5 D

# CONFORMACION Y RESPONSABILIDADES COPASST

Contrato 042 de 2024



Anexo 2.5.D Conformación y responsabilidades COPASST

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | REGSST-77 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | ACTA DE REUNIÓN | Fecha de vigencia | 24/10/2020 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 31/03/2025 Hora: Acta N° 01

TIPO DE REUNIÓN: Reunión Mensual No 1

PARTICIPANTES

| Nombres y apellidos | Cargo | Firma |
|---|---|---|
| Sebastian Miguel Hernandez | Inspector SST | |
| Nicole Jaramillo | Ayudante de obra | |
| Jairo Lavayole | Ayudante de obra | |
| Yenny Lucia Valencia | Resp. Ambiental | |

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se realiza reunión mensual del Comité Paritario en Seguridad y Salud en el trabajo, en dicha reunión se revisó el cronograma de capacitaciones programadas a los trabajadores para la ejecución del proyecto, indicando que para el mes se encuentra programada la capacitación de cuidado de ojos, manos y oidos y uso de los elementos de Protección personal, igualmente se realizó inspección a los EPP de los trabajadores en obra donde se pudo evidenciar la accidentalidad en el contrato evidenciando que no se ha presentado ningún accidente laboral.

Se informa a los integrantes del COPASST sobre la importancia de reportar los actos y condiciones inseguras.

PLAN DE ACCIÓN

| Compromiso | Responsable | Fecha |
|---|---|---|
| Realizar capacitaciones programadas | Profesional SST<br>Inspector SST | Segunda semana<br>Mayo/2025 |
| Reportar actos y condiciones inseguras | Trabajadores | Durante la ejecución del contrato |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RG-SST-55 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | LISTA DE ASISTENCIA | Fecha de vigencia | 23/03/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

FECHA: 26-02-25 LUGAR: CUADRILLA FRONTAL

TEMA: CAPACITACIÓN COPASST Y CCL – FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

PARTICIPANTES

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ALBERTO MURILLO | 80 776 416 | OFICIAL OBRA | Alberto Murillo |
| 2 | MAXIMO ACOSTA | 1026799167 | AYUDANTE ELEC | |
| 3 | ALBEIRO PEREZ | 55 340 602 | INGENIERO SST | |
| 4 | LAZARO CARRILLO | 79.062.594 | AYUDANTE | CARRILLO |
| 5 | YEISON CARDENAS | 1024532372 | R. LEGAL REMA | |
| 6 | JUAN DAVID CANDELARIO | 1020984313 | R. TECNICO | |
| 7 | KIMBERLY LUNA | 1026282643 | R. SOCIAL | |
| 8 | JOSE ORTIZ | 1000768746 | CARGADOR GR | |
| 9 | JESSICA MOSQUERA | 1003684555 | TEC SST | |
| 10 | JORGE AGUDELO | 1064999780 | OPERARIO | Jorge |
| 11 | ENRIQUE MUÑOZ M | 80071.265 | SST TRAB INT | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

REALIZADA POR:

| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| YENNY CUESTA | 1077435218 | ING AMB Y SST | Yenny Cuesta |

ANEXO 2.5 E

# CONFORMACION Y RESPONSABILIDADES CCL

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.E. Conformación y responsabilidades CCL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA

Código: REG-SST-30
Versión: 1
Fecha de vigencia: [illegible]
Página: [illegible]

FECHA: 26-02-25
LUGAR: CONSTITUCIÓN
TEMA: CAPACITACIÓN COPASST Y CCL - FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

PARTICIPANTES

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 6 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 7 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 8 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 9 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 10 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 11 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

REALIZADO POR:

| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 08/ 03 /2026 Hora: N° 01

TIPO DE REUNION: REUNION MENSUAL No 1

| Nombres y apellidos | Cargo | Firma |
|---|---|---|
| ALBERT HERNANDEZ | INSPECTOR SST | |
| ALBERTO MURILLO | AYUDANTE DE OBRA | |
| LAZARO LAVACUDE | AYUDANTE DE OBRA | |
| YENNY CUESTA PALACIOS | INGENIERA AMB-SST | |

DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN

Se realiza reunion mensual de comite de convivencia laboral, dando a conocer a los trabajadores las principales funciones del C.L, en el mes de reporte no llego ninguna queja por parte de ningun trabajador. Recomendar acciones para prevenir situaciones de conflicto

Asegurar que las soluciones implementadas sean efectivas.

Capacitar y sensibilizar a los trabajadores

Organizar charlas sobre derechos laborales y resolución de conflictos.

Informar sobre las políticas de convivencia y protocolos de actuación

PLAN DE ACCIÓN

| Compromisos | Responsable | Fecha |
|---|---|---|
| REALIZAR CAPACITACIONES PROGRAMADAS | RESIDENTE AMB-SST | 2 SEMANA DE MARZO |
| REPORTAR CUALQUIER ACOSO LABORAL. | TRABAJADORES | DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANEXO 2.5F

# CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.F. Cronograma de Capacitaciones

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CRONOGRAMA DE CAPACITACION

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**Objetivo(s)**

Actualizar los conocimientos del personal, realizar charlas de [illegible] acordes al cumplimiento de estándares de seguridad y salud en el trabajo

**METAS**

Cumplir con el [illegible] programado

Más del 85% de [illegible] aprobado [illegible]

Cubrir el 100% del [illegible]

**INDICADORES**

Capacitaciones y Charlas ejecutadas / Capacitaciones Programadas *100%

[illegible]

[illegible]

**Cronograma**

| ACTIVIDAD(ES) | RESPONSABLE | DIRIGIDO A: | Horas de capacitación (Capacitador) | Horas de capacitación (Participantes) | Enero | | Febrero | | Marzo | | Abril | | Mayo | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] SOAT | Líder SST | Personal nuevo | 1 | 1 | | | | | | | | 0 | | 1 | |
| Charla sobre [illegible] | Líder SST | Todo el personal | 0 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | 0 | | | 1 | 1 | |
| Análisis de [illegible] | Líder SST | Personal operativo | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 0 | 1 | 1 | |
| Charla Calificada de [illegible] | Líder SST | Todo el personal | 1 | 1 | 1 | 0 | | | | | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| [illegible] | Líder SST | Todo el personal | 1 | 1 | | 0 | 1 | 0 | | | | 0 | 1 | 0 | |
| [illegible] | Líder SST | Todo el personal | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| [illegible] | Líder SST | Todo el personal | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| [illegible] | Líder SST | Personal operativo | 1 | 1 | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CAPACITADORES PROGRAMADOS | | | 1 | | 2 | | 1 | | 1 | | 2 | | |
| | | CAPACITACIONES EJECUTADAS | | | 1 | | 2 | | 1 | | 0 | | 0 | | |
| | | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | 100% | | 100% | | 100% | | 0% | | 0% | | |

Elaboró: [illegible]

[illegible]

Revisó: [illegible]

ANEXO 2.5G

# REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION-CONTRATISTA

Contrato 042 DE 2024



Anexo 2.5.G. Registro de asistencia a capacitación

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA

| Código | RE-SST-12 |
|---|---|
| Versión | 1 |
| Fecha de elaboración | 13/03/2025 |
| Cuira controlada | SI X NO |

FECHA: 13-03-2025

LUGAR: Obra Calle Fase 4 de los EP.

TEMA: Cuidado de manos, pies y oídos y uso de los EPP

PARTICIPANTES

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Diego Luis Acosta T. | 1104944466 | Operador | |
| 2 | Ivan Fernando Gonzalez R. | 1104022662 | Operador Apoyo | |
| 3 | Jhon Alex Q. R. | 1722873-517 | Operador Apoyo | |
| 4 | Edwar Andres Valdez P. | 1722 317 382 | Maestro | |
| 5 | Kevin Cisneros | 1104944492 | Operador | |
| 6 | Diego Mauricio Mejia B. | 1104248555 | Ayudante SST | |
| 7 | Edwar Flor Parra S. | 1104944492 | Ayudante Apoyo | |
| 8 | Jose Ramon Silva | 1104944492 | Operador | |
| 9 | Nelson Gustavo Acosta | 1024532372 | Residente de obra | |
| 10 | Albert Hernandez | 1104944492 | Inspector SST | |
| 11 | Jhon David Castellanos | 1070928713 | Ayudante | |
| 12 | Alison Rodriguez | 1012381765 | Operador | |
| 13 | Luis Antonio Amaya M. | 80424756 | Operador | |
| 14 | Ricardo Mayorga Sosa | 1076799728 | Inspector SST | |
| 15 | Edinson Rodriguez | 79.429.921 | Conductor | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |

REALIZADO POR:

| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Wendy Ortiz Amaya | 1094935248 | Residente Ambiental SST | |

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| | |
|---|---|
| Código: | RL-GTT-30 |
| Versión: | 1 |
| Fecha de vigencia: | 04/11/2022 |
| Página/ encabezado: | SI X NO |

LISTA DE ASISTENCIA

FECHA: 15/03/25 LUGAR: Obra Codigo Faro V

TEMA: Charla de inducción, uso y cuidado de los EPP

PARTICIPANTES

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 24.372.337 | Dir Obra | |
| 2 | [illegible] | 29.346.462 | Esp. Estructuras | |
| 3 | [illegible] | 4203582 | Esp. Tuberías | |
| 4 | [illegible] | 1033424705 | Residente | |
| 5 | [illegible] | 1005117328 | Asis. Contable | |
| 6 | [illegible] | 1073035351 | Asis. Jurídico | |
| 7 | [illegible] | 1006866094 | Aux. Social | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

REALIZADA POR:

| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| [illegible] | 107 [illegible] | [illegible] | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RT-SST-31-A |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIÓN RECONSTRUCCIÓN COSTA CARIBE | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 15/05/25 |
| Calificación | C=4.0 |
| Nombre del trabajador | Jorge Luis Acosta |
| Cargo | operario |
| Tema: | Señalización obra - Cuidado de manos, pies y oidos - Uso de EPP - manejo KIT Ambiental |

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma Jorge

CC: 1064994710

Jenny Acosta
Re AMB-SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/02/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/03/25 Calificación 4 = 4.0

Nombre del trabajador JHON Freiman ORTIZ P.

Cargo Aprendiz

Tema: Manejo Kit antiderrame - Señalización obra - Cuidado personal

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuidado de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

CC: 1001027650

Julieth Cruz
Rep. Amb. SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| CONSORCIO METROCALIDAD CONSTRUCTORES | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE SST-31-A |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Fecha de vigencia | 21/06/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/03/25 Calificación C = 40

Nombre del trabajador Jon Alex D.R.

Cargo Ayudante

Tema: Señalización con Cinta de Peligro. Manejo del Kit Ambiental

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F M. | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F M | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V M. | F ( ). | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F M | 1.0 |

Firma

CC: 1.101.873.311

Yuleisi Cuello
Res. Amb. SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTERCONEXIÓN COSTTO PASEA | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RG-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 29/09/2022 |
| | EVALUACION DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/02/25 Calificación C-4.0

Nombre del trabajador Johan Andres ortiz P.

Cargo Ayudante

Tema: Cuidado personal - manejo ambiental - Señalización obra.

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleado? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma Johan

CC: 1.029.943.284

*Muchas gracias por su colaboración.*

Julisa Cuesta
Res Amb. SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCTORA DE LA GESTIÓN CONSTRUYENDO FASE 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACION DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/09/22 Calificación 10

Nombre del trabajador Hector C Barrosa

Cargo operador

Tema: Señalizacion Obra, Cuidado Personal - retiro Kit derrame

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F M | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F M | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V M | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F M | 1.0 |

Firma

CC: 1.110.471.492.

Julia Cortes
R. Amb-SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31 A |
| | | Versión | 1 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SST-SST | Fecha de vigencia | 23/03/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/03/22 Calificación

Nombre del trabajador Lilia María Medina

Cargo Aux SST

Tema: Cuidado Personal - Señalización Obra - Manejo de Derrames

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

CC:

Olga Cuesta
Re, Amb-SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES CONSTRUYASEA | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/03/25 Calificación 10 = 4.0

Nombre del trabajador Jaime Alan Parra

Cargo Ayudante

Tema: Residuos peligrosos - Señalización en obra - Manejo de kit de derrame

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

CC: 1007239623

Julian Cardona
Resp Amb-SST

*¡Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTERVIAL CODITO CASF 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-91-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/06/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 15/07/25 Calificación 4.0 |
| Nombre del trabajador | Jose Dagoberto Ortiz. |
| Cargo | Encargado |
| Tema: | Residuos Ordinarios - señalización en obra - Manejo de EPP de Ruido. |

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuidado de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ). | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma _____

CC: 1092662740.

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| COLEGIO FERNANDEZ CONCRETO | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-21-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2021 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI: X NO |

Fecha 15/07/21 Calificación 100%

Nombre del trabajador Yulieth Cristina Ariza Ramirez

Cargo Practicante SST

Tema: Uso del kit de derrame - Residuos Peligrosos - Señalización de obra

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

cc: 1004532372

*Muchas gracias por su colaboración.*

Yulieth Cristina Ariza Ramirez
Practicante SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESARIOS NAVEGACIONES LOGISTICA PACIFICA | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST 3-A |
| | | Versión | 1 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 15/02/23 |
| Calificación | 4.0 |
| Nombre del trabajador | Albert Hoser Ram |
| Cargo | Auxiliar SST |
| Tema: | Unidad personal - Manejo de Residuos - Sólidos y Pun |

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de ruta se debe botar? | V ( ) | F ( ) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F ( ). | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V ( ) | F ( ). | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F ( ). | 1.0 |

Firma

CC: 85.370.607

Muchas gracias por su colaboración.

Yuliana Cuba
Resp. Amb. SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RF-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha
Nombre del trabajador
Cargo
Tema:

Calificación

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS F & V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma
CC:

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCTORA [illegible] | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 15/03/23 Calificación 5=4.0

Nombre del trabajador [illegible]

Cargo [illegible]

Tema: [illegible]

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma [illegible]

CC: 1 072 391 715

*Muchas gracias por su colaboración.*

[illegible] SST-AMD

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTEGRACION CONSTRUCTORA | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-01-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/08/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 13/03/25 Calificación C=4.0

Nombre del trabajador Luis Antonio Cano Leal

Cargo Oficial de obra

Tema: Residuos Peligrosos - Kit de derrame - Señalización

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma Luis

CC: 80 929.756

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTERVIALVAR PROYECTO VIAS 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 13/02/2023 Calificación 9.0 |
| Nombre del trabajador | Alexander Oviedo Barros |
| Cargo | Auxiliar Social |
| Tema: | Cuidado Personal - Uso EPP - Señalización |

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F X |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F X |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V X | F ( ) |
| 4 | ¿El kit de derrame se use para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F X |

Firma

CC: 1.006.816.074.

*Muchas gracias por su colaboración.*

| CONSORCIO FERROCARRILES CODELCO FASE 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST 31-A |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 22/05/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 15/03/2023 Calificación: C = 4.0 |
| Nombre del trabajador | Erikson Muñoz |
| Cargo | Jefe Ambiental |
| Tema: | Uso EPP - Declaración Ambiental - Cuidado Planta |

| Nº | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ). | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma Erikson Muñoz

CC: 1-023038251

Yenni Cuesta
P.S.A.M.B. SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO REFORZADORES ESTRUCTURALES | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br><br>EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Código<br>Versión<br>Fecha de vigencia<br>Copia controlada | RE-SST-31-A<br>1<br>21/09/2022<br>SI X NO |

**Fecha** 15-03-2 **Calificación**

**Nombre del trabajador**

**Cargo**

**Tema:**

| nº | PREGUNTA | RESPUESTAS V o F | |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) F (X) | 1.0 |

Firma

CC: 1.000.117.328

*Muchas gracias por su colaboración.*

Jenny Costa
Resp Amb-SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO MISIÓN CAUCHO FASE II | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Código<br>Versión<br>Fecha de vigencia<br>Copia controlada | RE-SST-51-A<br>1<br>23/09/2022<br>SI X NO |

Fecha F 03.2 Calificación 1.0

Nombre del trabajador [illegible]

Cargo [illegible]

Tema: [illegible]

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS V o F | |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) 1.0 |

Firma [illegible]

CC: 1.077.424.205

*Muchas gracias por su colaboración.*

[illegible] Resp. SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTEGRACION COLOMBIA S.A.S. | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br><br>EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/03/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

**Fecha** 15 03 23 **Calificación** 10

**Nombre del trabajador** [illegible]

**Cargo** [illegible]

**Tema:** [illegible]

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma [signature]

CC: 1120757582

*Muchas gracias por su colaboración.*

Jenny Castro
Resp. Amb-SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31 A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 15/03/25 Calificación 7 = 9.0 |
| Nombre del trabajador | Camilo Nunez |
| Cargo | Estudiante Seminario |
| Tema: | Los EPP - Importancia del uso [illegible] |

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

cc: 79.946.462

*Muchas gracias por su colaboración.*

Jenny Cuesta
Apoyo SST

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTEGRACIÓN CONTRACTUAL | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha 2/03/22 Calificación 10

Nombre del trabajador Fabio Cruz

Cargo Auxiliar SST

Tema: Evaluación - uso de EPP - Inspección

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

CC: 94332857

Jhon Cruz
Aux SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTEGRACION CONSTRUCTORA S.A.S. | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 28/03/2022 |
| | EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SG-SST | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: [illegible] Calificación: 7.0

Nombre del trabajador: Eduardo Cadena

Cargo: [illegible]

Tema: [illegible]

| | PREGUNTA | RESPUESTAS F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma: [signature]

CC: 79.429.425

Vo.Bo. Resp. Amb. SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO MINERO ANDINO LOSTOS BASE 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES AMBIENTALES Y SIG-SST | Código | RE-SST-31-A |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 28/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

| | |
|---|---|
| Fecha | 5/03/2025 |
| Calificación | 10=9.0 |
| Nombre del trabajador | Alexsy Soza |
| Cargo | Ayudante Boca. |
| Tema: | Señalización obra - Cuidado Personal - Uso de EPP |

| N° | PREGUNTA | RESPUESTAS: F o V | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿La señalización de obra se debe botar? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 2 | ¿El cuido de los EPP es responsabilidad del empleador? | V ( ) | F (X) | 1.0 |
| 3 | ¿Es obligatorio el uso de los EPP? | V (X) | F ( ) | 1.0 |
| 4 | ¿El kit de derrame se usa para vertimiento de aguas residuales? | V ( ) | F (X) | 1.0 |

Firma

CC: 1.026.299.728

Juan Cueva
Ld Amb-SST

*Muchas gracias por su colaboración.*

Anexo 2.5.H. Registro de asistencia a inducción SST

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código
Versión
Fecha de aprobación
Página

LISTA DE ASISTENCIA

FECHA: 0- LUGAR: OFICINAS 2

TEMA: INDUCCION ANUAL SST

CAPACITADOR:

| | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | LUIS ALFONSO YEPES Mar | 80.429.756 | OFICIAL OBRA | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

RESPONSABLE SST

NOMBRE: Ana Cortez CEDULA: 1067935298 CARGO: SST FIRMA:

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN EN SG SST | Fecha de vigencia | 25/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

**Fecha** 13/03/23 **Calificación** 9.5

**Nombre del trabajador** [illegible]

**Cargo** OFICIAL DE OBRA.

**Tema:** Inducción al SG-SST

| | PREGUNTA | RESPUESTAS | |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Cuál es el Objetivo de seguridad y salud en el Trabajo? | a. Prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales<br>b. Causar Accidentes de Trabajo.<br>c. Todas las anteriores.<br>d. Ninguna de las anteriores. | 1.0 |
| 2 | Cuál de las siguientes políticas NO hace parte de la empresa | a. Política de Pare o Siga.<br>b. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo<br>c. Política de no uso de alcohol, drogas y Fumadores<br>d. Todas las anteriores. | 1.0 |
| 3 | Dentro de la política de no Uso de Alcohol, drogas y fumadores se encuentra prohibido. | a. Vender.<br>b. Consumir.<br>c. Usar.<br>d. Todas las anteriores. | 1.0 |
| 4 | En caso de accidente de trabajo, ¿A quién le debo informar? | Al área SST. | 0.5 |
| 5 | El termino COPASST significa: | a. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.<br>b. Comité de Salud Ocupacional.<br>c. Comité de Seguridad Total.<br>d. Ninguna de las anteriores. | 1.0 |
| 6 | Nombre 3 elementos de protección personal | Casco, Guantes, Gafas | 1.0 |
| 7 | ¿Qué situaciones no se considera accidente de trabajo? | Autolesión, en el Almuerzo, En el Bus | 1.0 |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-31 |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO INTEGRACION CUBICO FASE A | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN EN SG SST | Copia controlada | SI X NO |

| | | |
|---|---|---|
| 8 | ¿Cuáles son las políticas de las empresas? | Políticas SST<br>Políticas Alcohol y Drogas<br>0.5 |
| 9 | ¿Cuáles son los riesgos existentes en su puesto de trabajo? | Locativo<br>Publico<br>Biologico<br>1.0 |
| 10 | ¿Cuáles son las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST? | Informar el estado de Salud<br>Cumplir ordenes dadas<br>Comunicar cual fue Riesgo<br>1.0 |

Firma _____

CC: 8-1127756

*Muchas gracias por su colaboración.*

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA

Anexo 2.6.A Licencias y permisos

ANEXO 2.5 H

# CAPACITACIÓN SST

Contrato 338 DE 2024



| BIODECCO SAS<br>CONSORCIO CODITO FASE 4 INBIO | REGISTRO DE ASISTENCIA | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO | FECHA | REVISION 0<br>PAGINA 1 DE 1 |

| | |
|---|---|
| PROYECTO/AREA: INTERVENTORÍA | FECHA: 21-02-2025 DURACIÓN: 20 MINUTOS |
| NOMBRE DEL INSTRUCTOR/ CAPACITADOR: CRISTIAN J. VILLARRAGA-ANA MIREYA ARAGON - LEIDY KATHERINE OSORIO LÓPEZ | CARGO: RESIDENTE AASST - COORDINACIÓN QHSE Y ADMINISTRATIVO DE INTERVENTORÍA |

| | | |
|---|---|---|
| TEMA: USO ADECUADO DE EPPS SST | X | CAPACITACION |
| PAUSAS ACTIVAS | | TALLER |
| CUIDADO DEL SUELO | | CHARLA DE SEGURIDAD |

| ITEM | FECHA | NOMBRE | AREA/PROYECTO | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 21 de febrero de 2025 | RICARDO MORENO GARCÍA | INTERVENTORÍA | DIRECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 2 | | AGUSTÍN MUÑOZ GAITÁN | INTERVENTORÍA | RESIDENTE DE INTERVENTORIA | |
| 3 | | JONNATHAN DARIO GOMEZ | INTERVENTORÍA | RESIDENTE DE INTERVENTORIA | |
| 4 | | MELQUISEDEC CANTOR BELLO | INTERVENTORIA | ESPECIALISTA EN GEOTECNIA | |
| 5 | | ANA MIREYA ARAGON PINZON | INTERVENTORIA | RESIDENTE AMBIENTAL Y SST | |
| 6 | | LEIDY KATHERINE OSORIO LÓPEZ | INTERVENTORIA | COOR. QHSE Y ADMIN DE INTERVENTORIA | |
| 7 | | DIEGO FERNEY ARAGÓN PINZÓN | INTERVENTORIA | INSPECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 8 | | HECTOR ARMANDO GOMEZ SANCHEZ | INTERVENTORIA | TOPÓGRAFO DE INTERVENTORIA | |
| 9 | | HEIVER ANDRES VACA PINZON | INTERVENTORIA | INSPECTOR DE INTERVENTORIA | |
| 10 | | GLORIA ESPERANZA VIANA | INTERVENTORIA | CADENCOL | |
| 11 | | JOHN FREDY ARAGÓN PINZÓN | INTERVENTORIA | AUXILIAR TÉCNICO CONDUCTOR | |
| 12 | | MAYERLY PADILLA NIÑO DURA | INTERVENTORIA | RESIDENTE SOCIAL | |

OBSERVACIONES:

| BIODECCO SAS<br>CONSORCIO CODITO FASE 4 INBIO | REGISTRO DE ASISTENCIA | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO: | FECHA: | REVISIÓN: 0<br>PÁGINA 1 DE 1 |

| | |
|---|---|
| PROYECTO/ÁREA: INTERVENTORIA | FECHA: 05-03-2025 . DURACIÓN: 25 MINUTOS |
| NOMBRE DEL INSTRUCTOR/ CAPACITADOR: CRISTIAN J. VILLARRAGA-ANA MIREYA ARAGÓN - LEIDY KATHERINE OSORIO LÓPEZ | CARGO: RESIDENTE, ASIST - COORDINADOR SHSE Y ADMINISTRATIVO DE INTERVENTORIA |

| | | |
|---|---|---|
| TEMA: RECUPERA,RECICLA Y REUSA AMBIENTAL | X | CAPACITACIÓN |
| PAUSAS ACTIVAS | | TALLER |
| PLAN DE EMERGENCIA(USO BASICO DE BOTIQUIN,CAMILLA,EXTINTOR,PONS DE EMERGENCIA) | | CHARLA DE SEGURIDAD |

| ITEM | FECHA | NOMBRE | AREA/PROYECTO | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5 DE MARZO DEL 2025 | RICARDO VORENO GARCIA | INTERVENTORIA | DIRECTOR DE INTERVENTORIA | |
| 2 | | AGUSTIN MUÑOZ GAITAN | INTERVENTORIA | RESIDENTE DE INTERVENTORIA | |
| 3 | | JONNATHAN DARIO GOMEZ | INTERVENTORIA | RESIDENTE DE INTERVENTORIA | |
| 4 | | MELQUEDEC CANTOR BELLO | INTERVENTORIA | ESPECIALISTA EN GEOTECNIA | |
| 5 | | ANA MIREYA ARAGON PINZON | INTERVENTORIA | RES AMBIENTAL Y SST | |
| 6 | | LEIDY KATHERIN OSORIO LÓPEZ | INTERVENTORIA | COORD SHSE Y ADMIN DE INTERVENTORIA | |
| 7 | | DIEGO FREDY ARAGÓN PINZÓN | INTERVENTORIA | INSPECTOR DE INTERVENTORIA | |
| 8 | | HECTOR ALVARO GOMEZ SANCHEZ | INTERVENTORIA | TOPOGRAFO DE INTERVENTORIA | |
| 9 | | RELVIS ANDRES VACA PINZON | INTERVENTORIA | INSPECTOR DE INTERVENTORIA | |
| 10 | | GLORIA ESPERANZA VIANA | INTERVENTORIA | CADENERO | |
| 11 | | JOHN FREDY ARAGON PINZON | INTERVENTORIA | AUXILIAR TECNICO CONSULTOR | |
| 12 | | YAYERLY PAOLA NIÑO OLAYA | INTERVENTORIA | RESIDENTE SOCIAL | |

OBSERVACIONES:

* En caso de requerir mas espacio, diligenciar en el reverso del formato o en otro formato.

** En caso de no poder firmar, colocar la huella del dedo índice derecho y en el espacio de firma escribir "NO PUEDE FIRMAR".

| BIODECCO SAS CONSORCIO CODITO FASE 4 INBIO | REGISTRO DE ASISTENCIA | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO | FECHA | REVISION: 3 |
| | | | PÁGINA 1 DE 1 |

| | | |
|---|---|---|
| PROYECTO/AREA: INTERVENTORÍA | FECHA: 11-03-2026 | DURACIÓN: 20 MINUTOS |
| NOMBRE DEL INSTRUCTOR/ CAPACITADOR: CRISTIAN J. VILLARRAGA-ANA MIREYA ARAGÓN LICD Y KATHERINE OSORIO LOPEZ | CARGO: RESIDENTE A&SST - COORDINADOR CHSE Y ADMINISTRATIVO DE INTERVENTORIA | |

| | | |
|---|---|---|
| TEMA: POLITICA ALCOHOL, DROGAS Y TABACO-SST | X | CAPACITACION |
| PAUSAS ACTIVAS | | TALLER |
| CUIDADO DEL AGUA-AMBIENTAL | | CHARLA DE SEGURIDAD |

| ITEM | FECHA | NOMBRE | AREA/PROYECTO | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11 de marzo de 2026 | RICARDO MORENO GARCIA | INTERVENTORÍA | DIRECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 2 | | AGUSTIN MUÑOZ GAITÁN | INTERVENTORÍA | RESIDENTE DE INTERVENTORÍA | |
| 3 | | JONNATHAN DARÍO OCHOA | INTERVENTORÍA | RESIDENTE DE INTERVENTORÍA | |
| 4 | | MELQUISEDEC CANTOR BELLO | INTERVENTORÍA | ESPECIALISTA EN GEOTECNIA | |
| 5 | | ANA MIREYA ARAGÓN PINZON | INTERVENTORÍA | RES AMBIENTAL Y SST | |
| 6 | | LICD Y KATHERINE OSORIO LOPEZ | INTERVENTORÍA | COOR CHSE Y ADMIN DE INTERVENTORIA | |
| 7 | | JHON FREDY ARAGÓN PINZÓN | INTERVENTORÍA | INSPECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 8 | | HÉCTOR ARMANDO GÓMEZ SÁNCHEZ | INTERVENTORÍA | TOPÓGRAFO DE INTERVENTORÍA | |
| 9 | | HELVER ANDRES VACA PINZON | INTERVENTORÍA | INSPECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 10 | | GLORIA ESPERANZA DIANA | INTERVENTORÍA | CADENERO | |
| 11 | | JOHN FREDY ARAGÓN PINZÓN | INTERVENTORÍA | AUXILIAR TÉCNICO CONDUCTOR | |
| 12 | | MAYERLY PAOLA VIVIESCAS | INTERVENTORÍA | RESIDENTE SOCIAL | |

OBSERVACIONES:

| BIODECCO SAS CONSORCIO CODITO FASE 4 INBIO | REGISTRO DE ASISTENCIA | | |
|---|---|---|---|
| | CODIGO | FECHA | REVISION: 0<br>PAGINA 1 DE 1 |

| | |
|---|---|
| PROYECTO/AREA: INTERVENTORIA | FECHA: 20-03-2025 DURACION: 20 MINUTOS |
| NOMBRE DEL INSTRUCTOR: CAPACITACION: CRISTIAN J VILLARRAGA-DNA MIREYA ARAGÓN - LEIDY KATHERINE OSORIO LOPEZ | CARGO: RESIDENTE A&SST - COORDINADOR GHSE Y ADMINISTRATIVO DE INTERVENTORIA |

| | | |
|---|---|---|
| TEMA: PELIGRO BIO MECANICO-SST | X | CAPACITACION |
| MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS | | TALLER |
| PAUSAS ACTIVAS | | CHARLA DE SEGURIDAD |

| ITEM | FECHA | NOMBRE | AREA/PROYECTO | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 de febrero de 2025 | RICARDO MORENO GARCÍA | INTERVENTORÍA | DIRECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 2 | | AGUSTÍN MUÑOZ GAITÁN | INTERVENTORÍA | RESIDENTE DE INTERVENTORÍA | |
| 3 | | JONNATHAN DARIO GOMEZ | INTERVENTORÍA | RESIDENTE DE INTERVENTORÍA | |
| 4 | | MELQUISEDEC CAYCOR BELLO | INTERVENTORÍA | ESPECIALISTA EN GEOTECNIA | |
| 5 | | ANA MIREYA ARAGON PINZON | INTERVENTORÍA | RESAMBIENTAL Y SST | |
| 6 | | LEIDY KATHERINE OSORIO LOPEZ | INTERVENTORÍA | COORDINADOR GHSE Y ADMIN DE INTERVENTORÍA | |
| 7 | | DIEGO FERNEY ARAGÓN PINZÓN | INTERVENTORÍA | INSPECTOR DE INTERVENTORIA | |
| 8 | | HÉCTOR ARMANDO GÓMEZ SÁNCHEZ | INTERVENTORÍA | TOPOGRAFO DE INTERVENTORIA | |
| 9 | | HELMER ANDRES VACA PINZÓN | INTERVENTORÍA | INSPECTOR DE INTERVENTORÍA | |
| 10 | | GLORIA ESPERANZA VIANA | INTERVENTORÍA | CACINERO | |
| 11 | | JOHN FREDY ARAGON PINZÓN | INTERVENTORÍA | AUXILIAR TÉCNICO CONDUCTOR | |
| 12 | | MAYERLY PAOLA NIÑO CUBA | INTERVENTORIA | RESIDENTE SOCIAL | |

OBSERVACIONES*

**ANEXO 2.5 I**

**PROVEEDORES Y CONTRATISTAS**

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.I. Proveedores y/o contratistas

ARL

sura

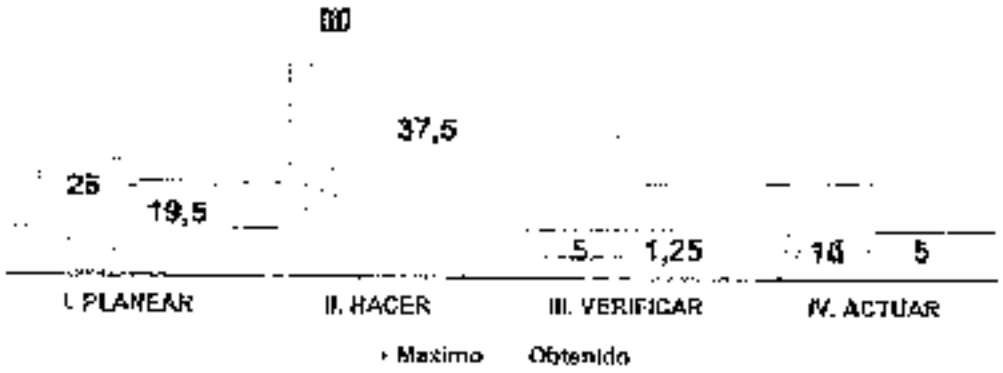
**CE202411005712**

## CONSTANCIA

La compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. se permite informar que la empresa: **ALCART DE COLOMBIA SAS** con **NIT 901498834-1** afiliada desde el **01/08/2021**, actualmente desarrolla el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST); para ello, la empresa el en día **23/02/2024** ha aplicado la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019, teniendo en cuenta la tabla de valores de los estándares mínimos, dando como resultado un valor de:

| | |
|---|---|
| **63,25%** | **MODERADAMENTE ACEPTABLE** |

La distribución de este valor, según los estándares es:




Cabe anotar, que la empresa es responsable en el desarrollo de las actividades tendientes a dar cumplimiento a los requisitos normativos, al monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Dada en Medellín, el dia 26 del mes de marzo del año 2024.

Cordialmente,



Cindy Garcia Garcia
Asesor en Seguridad y Salud en el Trabajo
TELEPERFORMANCE COLOMBIA S.A.S EN NOMBRE DE ARL SURA
*La información suministrado en este certificado es a corte del 23/03/24*

Gmail CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4 <consorciomitigacioncoditofase@gmail.com>

# SOCIALIZACIÓN MANUAL DE CONTRATISTA DEL CONSORCIO MITIGACIÓN CODITO FASE 4

1 mensaje

**CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4** <consorciomitigacioncoditofase@gmail.com> 25 de enero de 2025, 5:48 p.m.

Para: alcartcolombia@gmail.com
CC: "infraestructura@bbingenieros.com" <infraestructura@bbingenieros.com>

Señores
**ALCART DE COLOMBIA S.A.S**
Cordial saludo

Dando cumplimiento a la normatividad legal vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo, el **CONSORCIO MITIGACIÓN CODITO FASE 4** se permite compartir el *Manual de Contratistas*, esto con el fin de que se socialice a su personal antes del ingreso a obra y se dé estricto cumplimiento a los requerimientos SST exigidos por el Consorcio.

Por favor enviar evidencias que den cuenta de la socialización del manual a los trabajadores a presentarse en el frente de trabajo.

***Yenny Cuesta***
***Residente SST-A***
***CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4***
***3003358755***
consorciomitigacioncoditofase@gmail.com

**MN-SST-01 MANUAL DE CONTRATISTAS.pdf**
131K

**ANEXO 2.5 J**

**REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS-CONTRATISTA**

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.J. Reporte actos y condiciones inseguras

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | REGISTRO |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS | Fecha de elaboración | 23/01/2025 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

SE REPORTA A: AREA SST — FECHA: 12/03/2025

CARGO: Res AMB y SST — ÁREA: SST

**CONDICIÓN INSEGURA** X

Son factores del ambiente de trabajo que puede ocasionar un incidente o accidente de trabajo. Por ejemplo: cables, pisos, paredes, falta de limpieza, herramientas, maquinaria

**ACTO INSEGURO** ☐

Es toda acción incorrecta del trabajador que puede generar un incidente o accidente de trabajo. Por ejemplo: No usar EPP, uso inadecuado de las máquinas y herramientas, realizar una labor que no está autorizada.

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA CONDICIÓN INSEGURA O ACTO INSEGURO

OBSERVÓ DIFICULTAD AL TRANSPORTAR LA VARILLA PARA LA FIJACIÓN DEL DRENAJE POR LA ZONA SEÑALIZADA DEL TALUD, YA QUE ES UNA ZONA INCLINADA Y RESBALOSA POR LA TIERRA Y EL PASTO.

ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS QUE SE PUEDEN IMPLEMENTAR PARA MITIGAR LA CONDICIÓN INSEGURA O ACTO INSEGURO

SE INTERVINO ADAPTANDO UNAS ESCALERAS ANCLADAS A LA TIERRA CON PASO EN MADERA APOX VOLCA PARA PASO. EL DÍA 13/03/2025

ALTO ☒ MEDIO ☐ BAJO ☒

SI EL POTENCIAL DE DAÑO ES ALTO SUSPENDA DE INMEDIATO LAS ACTIVIDADES Y NOTIFIQUE A SU JEFE INMEDIATO Y AL RESPONSABLE DEL SG-SST

| | |
|---|---|
| NOMBRE: Edward Elicio Parada Sanchez | NOMBRE: Yolanda Cuesta |
| FIRMA: Edward E Parada S | FIRMA: Yolanda Cuesta |

CONSORCIO CCSITO
FASE 4 IN-BIO

**ANEXO 2.6 K**

# PERFIL SOCIODEMOGRAFICO-CONTRATISTA

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.K. Perfil sociodemográfico

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | SE-SST-34 |
|---|---|---|
| | Versión | 1 |
| ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA | Fecha de vigencia | 23/1/2025 |
| | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 27/02/25 Nombres y apellidos: Alison Gineth Rodriguez Rojas

Fecha de nacimiento: 22/04/1991 Edad: 33 Sexo: M ☐ F ☒

Tipo de cotizante: Cotizante N° CC: 1.012 381 385

EPS: Salud Total AFP: Porvenir

ARL: Sura Localidad donde vive: Bosa

Ciudad donde vive: Bosa depto.: Cundinamarca

Dirección donde vive: Cra 74 #78-13

Área de trabajo: Aseo Turno de trabajo:

Cargo: Auxiliar de Servicios Fecha de ingreso: 27/02/25

Antigüedad en el cargo: 6 días Tipo de vinculación: Obra o labor

Lugar de nacimiento: Bogotá depto: Cundinamarca

Grupo étnico: Nivel de Escolaridad: Vocacional

Estado civil: Unión libre Cabeza de familia?: SI ☐ NO ☒

Numero de hijos: 1 Otras personas a cargo? SI ☐ NO ☒ En caso positivo, N°

Numero de personas en el hogar 3 Personas en condiciones de incapacidad SI ☐ NO ☒

Ingresos Familiares Mensuales: Entre 1 Y 2 SMLV ☐ Entre 2 Y 3 SMLV ☒ Entre 3 Y 4 SMLV ☐

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Mas de 5 SMLV ☐ Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos: SI ☒ NO ☐

Tipo de Vivienda: Casa ☐ Apartamento: ☒ Otro ☐ Arrendada ☐ Propia ☐ Familiar ☒

Zona en la que en que se ubica Rural ☐ Urbana ☒ Estrato 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo del Transporte para ir al Trabajo: Público

Energía eléctrica? SI ☒ NO ☐ Alcantarillado? SI ☒ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono Fijo? SI ☒ NO ☐

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☐ NO ☒

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☐ NO ☒

Usted es fumador? SI ☐ NO ☒ Usted es exfumador? SI ☐ NO ☒

Tiene deudas? SI ☐ NO ☒ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☐ NO ☒

En su hogar hay computador? SI ☒ NO ☐ Tiene acceso a internet? SI ☒ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☐ NO ☒ Firma:

CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, dando cumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y que tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, por lo anterior CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, garantiza la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | SG-SST-36 |
|---|---|---|
| | Versión | 1 |
| | Fecha de vigencia | 23/1/2025 |
| ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 14/03/25 Nombres y apellidos: Luis Antonio Penagos

Fecha de nacimiento: 7/02/69 Edad: 57 Sexo: M ☒ F ☐

Tipo de cotizante: Contratista N° CC: 80 427 756

EPS: Capital Salud ARP: Positiva

ARL: Sura Localidad donde vive: Usaquen

Ciudad donde vive: Bogota depto: Cundinamarca

Dirección donde vive: Calle 163 # 7-14

Área de trabajo: OBRA Turno de trabajo: Diurno

Cargo: OFICIAL DE OBRA Fecha de ingreso: 14/03/25

Antigüedad en el cargo: 1 DIA Tipo de vinculación: Directa

Lugar de nacimiento: Aquitania Boyaca depto.: Boyaca

Grupo étnico: N/A Nivel de Escolaridad: 9°

Estado civil: Comprometido Cabeza de Familia?: SI ☐ NO ☒

Numero de hijos: 01 Otras personas a cargo? SI ☒ NO ☐ En caso positivo, N° 04

Numero de personas en el hogar 05 Personas en condiciones de incapacidad SI ☒ NO ☐

Ingresos Familiares Mensuales: Entre 1 Y 2 SMLV ☒ Entre 2 Y 3 SMLV ☐ Entre 3 Y 4 SMLV ☐

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Mas de 5 SMLV ☐ Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos: SI ☐ NO ☐

Tipo de Vivienda: Casa ☒ Apartamento: ☐ Otro ☐ Arrendada ☐ Propia ☐ Familiar ☒

Zona en la que en que se ubica Rural ☐ Urbana ☒ Estrato 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo del Transporte para ir al trabajo: Trans Milenio

Energía eléctrica? SI ☒ NO ☐ Alcantarillado? SI ☒ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono fijo? SI ☐ NO ☒

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☐ NO ☒

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☐ NO ☒

Usted es fumador? SI ☐ NO ☒ Usted es exfumador? SI ☒ NO ☐

Tiene deudas? SI ☐ NO ☒ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☐ NO ☒

En su hogar hay computador? SI ☐ NO ☒ Tiene acceso a internet? SI ☐ NO ☒

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☒ NO ☐ Firma:

**CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4**, dando cumplimiento a la Ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y que tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, por lo anterior CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, garantizará la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | |
|---|---|---|
| | Versión | |
| | Fecha de vigencia | |
| ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 24/01/25 Nombres y apellidos: Ramon Rodriguez

Fecha de nacimiento: 13/08/67 Edad: 58 Sexo: M ☒ F ☐

Tipo de cotizante: Cotizante N° CC: 39.429.425

EPS: Famisanar AFP: Colpensiones

ARL: Sura Localidad donde vive: Ciudad Bolivar

Ciudad donde vive: Bogota dentro: Bogota

Dirección donde vive: Cra 72 K 72 G 31 Sur Turno de trabajo: Diurno

Área de trabajo: Obra Fecha de ingreso: 24/01/2025

Cargo: Conductor Tipo de vinculación: Directo

Antigüedad en el cargo: 15 Días aapto: Conductor

Lugar de nacimiento: Bogotá Nivel de Escolaridad: Bachiller

Grupo étnico: Ninguno Cabeza de familia?: SI ☐ NO ☒

Estado civil: Soltero Otras personas a cargo? SI ☐ NO ☒ En caso positivo, N° N/A

Numero de hijos: 0 Personas en condiciones de Incapacidad SI ☐ NO ☒

Numero de personas en el hogar 1 Entre 1 Y 2 SMLV ☒ Entre 2 Y 3 SMLV ☐ Entre 3 Y 4 SMLV ☐

Ingresos Familiares Mensuales: Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos: SI ☒ NO ☐

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Más de 5 SMLV ☐ Tipo de Vivienda: Casa ☐ Apartamento: ☒ Otro: ☐ Arrendada ☒ Propia ☐ Familiar ☐

Zona en la que en que se ubica Rural ☐ Urbana ☒ Estrato 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo del Transporte para ir al Trabajo: Motocicleta

Energía eléctrica? SI ☒ NO ☐ Alcantarillado? SI ☒ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono Fijo? SI ☒ NO ☐

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☒ NO ☐

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☐ NO ☒

Usted es fumador? SI ☐ NO ☒ Usted es exfumador? SI ☐ NO ☒

Tiene deudas? SI ☐ NO ☒ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☐ NO ☒

En su hogar hay computador? SI ☒ NO ☐ Tiene acceso a internet? SI ☒ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☒ NO ☐ Firma: _____

CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, dando cumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y que tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, por lo anterior CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, garantizará la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

| | |
|---|---|
| Codigo | SE-SST-34 |
| Versión | 1 |
| Fecha de vigencia | 23/12/2025 |
| Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 24/10/25 Nombres y apellidos: Ana Carmen Hurtado

Fecha de nacimiento: 07/SEP/2000 Edad: 25 Sexo: M ☐ F ☒

Tipo de cotizante: Activo N° C.C.: 1.002.374.205

EPS: Salud total AFP: Porvenir

ARL: Sura Localidad donde vive: Fontibon

Ciudad donde vive: Bogota depto.: Bogota

Dirección donde vive: CRA 5 SUR # 2-

Área de trabajo: Oficina Cargo: Secretaria

Antigüedad en el cargo: 1 Dias Tipo de vinculación: Directa

Lugar de nacimiento: Bogota depto.: Bogota

Grupo étnico: Afro Nivel de Escolaridad: Técnico

Estado civil: Soltera Cabeza de familia?: SI ☐ NO ☒

Numero de hijos: 0 Otras personas a cargo? SI ☐ NO ☒ En caso positivo, N° 0

Numero de personas en el hogar: 3 Personas en condiciones de incapacidad SI ☐ NO ☒

Ingresos Familiares Mensuales: Entre 1 Y 2 SMLV ☐ Entre 2 Y 3 SMLV ☒ Entre 3 Y 4 SMLV ☐

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Mas de 5 SMLV ☐ Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos: SI ☒ NO ☐

Tipo de Vivienda: Casa ☐ Apartamento: ☒ Otro: ☐ Arrendada ☐ Propia ☐ Familiar ☐

Zona en la que en que se ubica Rural ☐ Urbana ☒ Estrato 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo del Transporte para ir al Trabajo: Motocicleta

Energia eléctrica? SI ☒ NO ☐ Alcantarillado? SI ☒ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono Fijo? S ☒ NO ☐

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente la critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☒ NO ☐

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☒ NO ☐

Usted es fumador? SI ☐ NO ☒ Usted es exfumador? Si ☐ NO ☒

Tiene deudas? SI ☒ NO ☐ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☐ NO ☒

En su hogar hay computador? SI ☒ NO ☐ Tiene acceso a internet? Si ☒ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☒ NO ☐ Firma:

CONSORCIO MITIGACION COSITO FASE 4, dando cumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y cuentions por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, por lo anterior CONSORCIO MITIGACION COSITO FASE 4, garantizará la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | FR-SST-31 |
| | | Versión | 1 |
| | ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA | Fecha de vigencia | 19/1/2025 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 19/01/25 Nombres y apellidos: MARIA Camila Alvarez

Fecha de nacimiento: 31/12/89 Edad: 36 Sexo: M ☐ F ☒

Tipo de cotizante: Afiliado-Tra N° CC: 1.000.412.248

EPS: Asmisalud AFP: Colpensiones

ARL: Localidad donde vive: Usaquen

Ciudad donde vive: Bogota depto: Bogota

Dirección donde vive: Cll 151 # 7-36

Area de trabajo: Oficina Turno de trabajo: Diurno

Cargo: Aprendiz Contable Fecha de ingreso: 20/01/25

Antigüedad en el cargo: 15 días Tipo de vinculación: Directa

Lugar de nacimiento: Bogota depto: Bogota

Grupo étnico: N/A Nivel de Escolaridad: No Escolarizado

Estado civil: Soltera Cabeza de familia? SI ☐ NO ☒

Numero de hijos: 3 Otras personas a cargo? SI ☐ NO ☒ En caso positivo, N° 0

Numero de personas en el hogar: 5 Personas en condiciones de incapacidad SI ☐ NO ☒

Ingresos Familiares Mensuales: Entre 1 Y 2 SMLV ☐ Entre 2 Y 3 SMLV ☐ Entre 3 Y 4 SMLV ☒

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Mas de 5 SMLV ☐ Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos? SI ☒ NO ☐

Tipo de Vivienda: Casa ☐ Apartamento: ☒ Otro: ☐ Arrendada ☐ Propia ☐ Familiar ☒

Zona en la que en que se ubica: Rural ☐ Urbana ☒ Estrato 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐

Tipo de Transporte para Ir al Trabajo: Vehiculo Propio

Energía eléctrica? SI ☒ NO ☐ Alcantarillado? SI ☒ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono Fijo? SI ☒ NO ☐

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

¿Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☐ NO ☒

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☒ NO ☐

Usted es fumador? SI ☐ NO ☒ Usted es exfumador? SI ☐ NO ☒

Tiene deudas? SI ☒ NO ☐ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☒ NO ☐

En su hogar hay computador? SI ☒ NO ☐ Tiene acceso a internet? SI ☒ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☒ NO ☐ Firma: Maria

CONSORCIO MITIGACION COVID FASE 4, dando cumplimiento a la Ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y que tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, nos lo autorizo CONSORCIO MITIGACION COVID FASE 4, garantizará la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | SG-SST-34 |
|---|---|---|
| | Versión | 1 |
| ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA | Fecha de vigencia | 28/1/2025 |
| | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 29/01/25 Nombres y apellidos: ERICSON MUÑOZ

Fecha de nacimiento: 2/08/1994 Edad: 26 Sexo: M ☒ F ☐

Tipo de cotizante: DEPENDIENTE N° CC: 1023038251

EPS: FAMISANAR AFP: PROTECCION

ARL: SURA Localidad donde vive: USME

Ciudad donde vive: BOGOTA depto: BOGOTA

Dirección donde vive: CRA 4 ESTE # 73 SUR 13

Área de trabajo: OFICINA Turno de trabajo: DIURNO

Cargo: ASESOR JURIDICO Fecha de ingreso: 29/01/25

Antigüedad en el cargo: 15 DIAS Tipo de vinculación: DIRECTA

Lugar de nacimiento: BOGOTA Depto: BOGOTA

Grupo étnico: N/A Nivel de escolaridad: PROFESIONAL

Estado civil: UNION MARITAL DE HECHO Cabeza de familia?: SI ☐ NO ☒

Numero de hijos: 0 Otras personas a cargo? SI ☐ NO ☑ En caso positivo, N° 0

Numero de personas en el hogar 2 Personas en condiciones de incapacidad SI ☐ NO ☒

Ingresos Familiares Mensuales: Entre 1 Y 2 SMLV ☐ Entre 2 Y 3 SMLV ☒ Entre 3 Y 4 SMLV ☐

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Mas de 5 SMLV ☐ Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos: SI ☒ NO ☐

Tipo de Vivienda: Casa ☒ Apartamento: ☐ Otro: ☐ Arrendada ☐ Propia ☒ Familiar ☐

Zona en la que en que se ubica Rural ☐ Urbana ☒ Estrato 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo del Transporte para ir al Trabajo: MOTOCICLETA

Energía electrica? SI ☒ NO ☐ Alcantarillado? SI ☒ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono Fijo? SI ☐ NO ☒

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente le critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☐ NO ☒

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☒ NO ☐

Usted es fumador? SI ☐ NO ☒ Usted es exfumador? SI ☐ NO ☒

Tiene deudas? SI ☐ NO ☒ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☐ NO ☒

En su hogar hay computador? SI ☒ NO ☐ Tiene acceso a internet? SI ☒ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☒ NO ☐ Firma: ERICSON MUÑOZ

CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, dando cumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y que tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, por lo anterior CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4, garantizará la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 25/10/2015 |
| | ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA | Copia controlada | SIX SG |

Fecha: 28/02/2021 Nombres y apellidos: Alexandra Ospino

Fecha de nacimiento: 23/04/2000 Edad: 21 Sexo: M ☑ F ☐

Tipo de cotizante: Afiliado N° CC: 1.006.846.084

EPS: CAPITAL SALUD AFP: Colpensiones

ARL: SURA Localidad donde vive: Chapinero

Ciudad donde vive: Bogota depto: Bogotá

Dirección donde vive: Cll 53 # 13-18

Área de trabajo: Oficinas Tiempo de trabajo: Diurno

Cargo: Aux Soldador Fecha de ingreso: 24/02/2021

Antigüedad en el cargo: 15 Días Tipo de vinculación: Directa

Lugar de nacimiento: Villa Hermosa depto: Meta

Grupo étnico: N/A Nivel de Escolaridad: Técnico

Estado civil: Soltero Cabeza de familia?: SI ☒ NO ☐

Número de hijos: 0 Otras personas a cargo? SI ☐ NO ☑ En caso positivo, N° 2

Número de personas en el hogar: 2 Personas en condiciones de incapacidad SI ☐ NO ☑

Ingresos Familiares Mensuales: Entre 1 Y 2 SMLV ☒ Entre 2 Y 3 SMLV ☐ Entre 3 Y 4 SMLV ☐

Entre 4 Y 5 SMLV ☐ Mas de 5 SMLV ☐ Los Ingresos Alcanzan para Cubrir los Gastos: SI ☒ NO ☐

Tipo de Vivienda: Casa ☐ Apartamento: ☒ Otro: ☐ Arrendada ☒ Propia ☐ Familiar ☐

Zona en la que en que se ubica: Rural ☐ Urbana ☑ Estrato 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo del Transporte para ir al Trabajo: Particular

Energía eléctrica? SI ☑ NO ☐ Alcantarillado? SI ☑ NO ☐ Acueducto? SI ☒ NO ☐

Gas natural? SI ☒ NO ☐ Recolección de Basuras? SI ☒ NO ☐ Teléfono Fijo? SI ☒ NO ☐

Ha sentido alguna vez que debe ingerir menor cantidad de bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez se ha sentido mal por su forma de ingerir bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☒

Alguna vez ha sentido la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en la mañana? SI ☐ NO ☒

Practica actividad física por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo? SI ☒ NO ☐

Usted es fumador? SI ☑ NO ☐ Usted es consumidor? SI ☐ NO ☒

Tiene deudas? SI ☐ NO ☒ Está interesado en refinanciar las deudas SI ☐ NO ☒

En su hogar hay computador? SI ☑ NO ☐ Tiene acceso a Internet? SI ☒ NO ☒

CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI ☑ NO ☐ Firma:

CONSORCIO MITIGACION COBRO FASE 4, dando cumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y que tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, por lo anterior CONSORCIO MITIGACION COBRO FASE 4, garantizará la confidencialidad de los datos personales suministrados en este formato.

ANEXO 2.5 L

# ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD-CONTRATISTA

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.L. Encuesta condiciones de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALORI | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RL-SST-16 |
| | | Versión | |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/05/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____ CEDULA: 1007237775

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, estrés o algún otro estado emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o hipoglicemia no controladas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, vértigo, somnolencia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Anemia? (Incapacidad para portar Cargas) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Está en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| ¿Ha dormido como mínimo 6 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| ¿Ingirió alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, síncope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de algún síntoma del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de algún Trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, Vertigo, epilepsia? y/o AVC) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre problemas osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |

NOTA: Confirmo que la información consignada en esta ficha es verídica, en ese momento no padezco ninguna condición física concerniente por el que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | FIRMAS DEL TRABAJADOR OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 01-05-23 | | |
| MARTES | | | |
| MIERCOLES | 03-05-23 | | |
| JUEVES | 04-05-23 | | |
| VIERNES | | | |
| SÁBADO | 06-05-23 | | |
| DOMINGO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | SEST-16 | |
| | Versión | 1 | |
| AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/08/2022 | |
| | Copia controlada | SI X NO | |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad o algún otro estrés emocional? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controlada? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño ejemplo: antigripales? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Ansiedad? (incapacidad para pensar Claro) | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Está en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con vértigo? (Colpn, sinusitis, calambres) | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? etc A/V) | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | | | | | | | | | | | X | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | | | | | | | | | | | X | | |
| Sufre trastornos osteomusculares activos? | | | | | | | | | | | | X | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | | | |
| MARTES | | | |
| MIERCOLES | | | |
| JUEVES | | | |
| VIERNES | 24/02/25 | | |
| SABADO | 01/03/25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| #VALOR! | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | REGSST-12 |
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/05/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente sufre depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, somnolencia, epilepsia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| ¿Ha dormido cuatro mínimo 8 de las últimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| ¿Ha consumido alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre Algun trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, sincope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio, Mareo, Vertigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vertigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no poseo ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMA DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | | | |
| MARTES | | | |
| MIERCOLES | 24/05/23 | | |
| JUEVES | 25/05/23 | | |
| VIERNES | 26/05/23 | | |
| SABADO | 27/05/23 | | |
| DOMINGO | | | |

| #¡VALOR! | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-19 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 25/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jorge Luis Acuña Ford CEDULA: 1064994320

TRABAJO EN ALTURAS [ ] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controlada? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño ejemplo: antigripales? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Usted mismo/ (incapacidad para percibir olores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Estás en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, síncope, calambres) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio. Mareo. Vértigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psicológico? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma. Bronquitis, Enfisema) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones. Vértigo, epilepsia? o ACV) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Sufre trastornos osteomusculares activos? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 24-02-2025 | | |
| MARTES | 25-02-2025 | | |
| MIERCOLES | 26-02-2025 | | |
| JUEVES | 27-02-2025 | | |
| VIERNES | 28-02-2025 | | |
| SABADO | 1-03-25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SIVALORI | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE SST-16 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 09/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1104631482

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo, antigripales? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Miopía? (Incapacidad para percibir Claros) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Está en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Sincope, Sincope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, Vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 20-02-25 | | |
| MARTES | 25-02-25 | | |
| MIERCOLES | 26-02-25 | | |
| JUEVES | 27-02-25 | | |
| VIERNES | 28-02-25 | | |
| SABADO | 01-03-25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¡VALOR! | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | Rg-SST-10 |
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 27/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS ✓ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS ☐

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, acidez o alguna otra estas situaciones? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controladas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| ¿Actualmente tiene perdida de capacidad auditiva? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causan sueño, ejemplo antigripales? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Anemia? (Incapacidad para percibir Olores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| ¿Está en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ingirió alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con sueño? (Gripe, sincope, calambres) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Ha sufrido algún Trastorno Psiquiátrico? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Sufre trastornos osteomusculares activos? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica en este momento no padezco alguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 24-02-25 | | [illegible] |
| MARTES | 25-02-25 | | [illegible] |
| MIERCOLES | 26-02-25 | | [illegible] |
| JUEVES | 27-02-25 | | [illegible] |
| VIERNES | 28-02-25 | | [illegible] |
| SÁBADO | 01-03-25 | | [illegible] |
| DOMINGO | | | |

| #VALOR! | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE SST-19 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estado emocional? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controladas? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Anemia? (Incapacidad para percibir colores) | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 6 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, síncope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Traqueitis) | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológica? (Convulsiones, vertigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre tartamudez? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre trastornos psicomotores activos? | | X | | X | | X | | X | | | | | | |

[illegible] DECLARO que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 24-02-25 | | |
| MARTES | 25-02-25 | | |
| MIÉRCOLES | 26-02-25 | | |
| JUEVES | 27-02-25 | | |
| VIERNES | 28-02-25 | | |
| SABADO | 01-__-25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-15 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 4 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 30/01/2023 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1[illegible]

TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS ☐

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, tristeza o algún otro estrés emocional? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controladas? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad muscular? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: Antigripales? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Anosmia? (incapacidad para percibir Olores) | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | | | | | | | X | | X | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 6 de las últimas 24 horas? | X | | | | | | | | X | | X | | | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, síncope, calambres) | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológica? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | | | | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | | | | | | | X | | X | | |

Al Firmar doy que la información consignada en esta lista es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por la cual se pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 17-03-2025 | | |
| MARTES | | | |
| MIERCOLES | | | |
| JUEVES | | | |
| VIERNES | 21-03-2025 | | |
| SÁBADO | 22-03-2025 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | NE-SST-15 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 5 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/10/2023 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1064979860

TRABAJO EN ALTURAS [x] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente sufre de mareos o Hipoglicemia no controlados? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente tiene perdida de capacidad auditiva? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos q/s causen sueño, ejemplo antigripales? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Ansiedad? (incapacidad para percibir Olores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 hs las ultimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algun trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, sincope, calambres) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun Trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psicoafectivo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Emfisema) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de vertigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vertigo, epilepsia? y/o ACV) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre lesión a los oidos? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | |

"A: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no percibo ninguna condición física conocida por mi que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estoy involucrado

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 17-03-2025 | | |
| MARTES | 18-03-2025 | | |
| MIÉRCOLES | 19-03-2025 | | |
| JUEVES | -0- | | -0- |
| VIERNES | 21-03-25 | | |
| SÁBADO | 22-03-25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | INF-SST 16 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1094[illegible]

TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS ☐

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | ✓ | | | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controladas? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 6 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| ¿Ha ingerido Alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con tener? (Culpe, sincope, calambres) | | X | | X | | X | | ✓ | | X | | | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | - | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio, Mareo, Vertigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psiquiatrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | ✓ | | ✓ | | | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | = | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | ✓ | | | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de Hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | ✓ | | ✓ | | | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |

YA: Certifico que la información consignada en esta ficha es veridica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mi que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

**FIRMAS DEL TRABAJADOR**

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 17-03-2025 | | |
| MARTES | 18-03-2025 | | |
| MIERCOLES | 19-03-2025 | | |
| JUEVES | 20-03-2025 | | |
| VIERNES | 21-03-2025 | | |
| SABADO | | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-16 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 29/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CÉDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [✓] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGÍAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, estrés o algún otro cairo emocional? | | X | | X | | | | ✓ | | | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia in controlados? | | ✓ | | X | | | | X | | | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | | | X | | | | | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales? | | X | | X | | | | X | | | | | | |
| ¿Artritis? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | | | X | | X | | X | | |
| ¿Está en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 horas dentro las últimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | ✓ | | | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Lipipe, síncope, calambres) | | X | | X | | | | X | | | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno del sueño? | | X | | X | | | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | X | | | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | | | X | | | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? pio ACV) | | X | | X | | | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | | | X | | X | | | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | | | X | | X | | | | |

TA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DÍA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 22-03-25 | | |
| MARTES | 22-03-25 | | |
| MIÉRCOLES | | | |
| JUEVES | 22-03-25 | | |
| VIERNES | 22-03-26 | | |
| SÁBADO | 22-03-26 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | FC SST 18 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o hipoglicemia no controlada? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente tiene perdida de capacidad auditiva? | | X | | | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: Antigripales? | | X | | | | | | | | | | | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | | | | | | | | | | | |
| ¿Esta en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo? | | X | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 6 de las ultimas 24 horas? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre algun trastorno de salud relacionado con caidas? (Baja, sincope, calambres) | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psicológico? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | | | | | | | | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | | | | | | | | | |

"Al firmar declaro que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado."

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | [illegible] | | |
| MARTES | [illegible] | | |
| MIÉRCOLES | | | |
| JUEVES | [illegible] | | |
| VIERNES | | | |
| SÁBADO | | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | REGISTRO |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 2018/05/07 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1003[illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o hipoglicemia no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, Mareos, antigripales? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar su trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Ha ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Existe algun problema de salud relacionado con caida? (Golpe, sincope, vertigos) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio, Nausea, Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de Calambres? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia, ataque cerebro vascular ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de hipertension arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre miedo a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por la cual pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 17-05-25 | | |
| MARTES | 18-05-25 | | |
| MIÉRCOLES | 19-05-25 | | |
| JUEVES | 20-05-25 | | |
| VIERNES | 21-05-25 | | |
| SÁBADO | 22-05-25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-19 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/09/2025 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, ataques o algún otro estrés emocional? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente sufre de mareos o Hipoglicemia no controlados? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente tiene perdida de capacidad auditiva? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, Ejemplo: antigripales? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Esta en condiciones sufientes de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las ultimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ha ingerido bebidas alcohólicas o psicoactivas en las ultimas 24 horas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algun trastorno de salud relacionado con caida? (Golpe, sincope, calambres) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio Mareo, Vertigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psiquiátrico? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de enfermedad neurológicas? (Convulsiones, Vertigo, epilepsia? y/o ACV) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre lesiones osteomusculares activas? | | | | | | | | | | | | | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condicion física conocida por mi que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 03-02-2025 | | [illegible] |
| MARTES | 04-02-2025 | | [illegible] |
| MIERCOLES | 05-02-2025 | | [illegible] |
| JUEVES | 06-02-2025 | | [illegible] |
| VIERNES | 07-02-2025 | | [illegible] |
| SABADO | 08-02-2025 | | [illegible] |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RC-SST-16 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1104-2[illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | Lunes | | Martes | | Miércoles | | Jueves | | Viernes | | Sábado | | Domingo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente tiene depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipoglicemia no controladas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causan sueño, ejemplo: analgésicos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ha ingerido Alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algun trastorno de salud relacionado con: calor? (Vértigo, síncope, calambres) | | X | | | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | X | | | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio. Mareo. Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psiquiátrico? | | | | X | | X | | | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, Vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de Hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre lesión a las rodillas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre trastornos musculoesqueléticos activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 13-01-2025 | | |
| MARTES | 14-01-2025 | | |
| MIERCOLES | 15-01-2025 | | |
| JUEVES | 16-01-2025 | | |
| VIERNES | 17-01-2025 | | |
| SABADO | 18-01-2025 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RG-SST-16 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 25/01/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, soledad o algún otro estres emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o hipoglicemia no controlada? | | X | | X | | X | | X | | | | X | | |
| ¿Actualmente tiene perdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: analgesicos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Insomnio? (Incapacidad para perder Dormir) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿He dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algun trastorno de salud relacionado con calor? (Golpe, Sincope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| ¿Hay algun trastorno del sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno de equilibrio, Mareo, Vertigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psicológico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológica? (Convulsiones, vertigo, epilepsia, y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

TA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verdica, en este momento no padezco ninguna condicion física conocida por mi que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estare involucrado

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | [illegible] | | |
| MARTES | [illegible] | | |
| MIERCOLES | [illegible] | | |
| JUEVES | [illegible] | | |
| VIERNES | [illegible] | | |
| SÁBADO | [illegible] | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-16 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de creación | 13/09/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 2022-347-2004

TRABAJO EN ALTURAS [V] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, duerme o sigue con estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hiperglicemia no controlada? | | | | X | | | | X | | X | | X | | X |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, mareo, vértigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Mareos? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Cree en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | X |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Cólico, síncope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre algún trastorno de sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de algún padecimiento respiratorio? (Asma Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta Ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 03-03-25 | | [signature] |
| MARTES | 04-03-25 | | [signature] |
| MIÉRCOLES | 05-03-25 | | [signature] |
| JUEVES | 06-03-25 | | [signature] |
| VIERNES | 07-03-25 | | [signature] |
| SÁBADO | 08-03-25 | | [signature] |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | FR-SST-10 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 23/05/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____ CEDULA: 1007232183

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente sufre depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipercolemia no controlados? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Anosmia? (Incapacidad para percibir Olores) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Está en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ha dormido cada mínimo 8 de las últimas 24 horas? | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ¿Ingirió alcohol sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con calor? (Lumbar, síncope, calambres) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre algún trastorno de sueño? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vértigo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiatrico? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vértigo, epilepsia? y/o ACV) | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

JURA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | | | |
| MARTES | 24 | | |
| MIERCOLES | 25 | | |
| JUEVES | | | |
| VIERNES | | | |
| SABADO | | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-15 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 25/02/2022 |
| | | Copia controlada | S. X. NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: 1.070.[illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente tiende depresión, ansiedad, soledad o algún otro estrés emocional? | | ✓ | | ✗ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente se sufre de diabetes o Hipoglicemia no controladas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| ¿Actualmente tiene pérdida de capacidad auditiva? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causen sueño mareos o vértigos? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| ¿Anosmia? (incapacidad para percibir Olores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ha dormido como mínimo 6 de las últimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ¿Ingerido alcohol sustancias psicoactivas en las ras 24 horas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algún trastorno de salud relacionado con oído? (Golpe, Síncope, Zumbidos) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Usted algún trauma del oído? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algún trastorno del equilibrio, Mareo, Vertigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algún trastorno Psiquiátrico? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma, Bronquitis, Enfisema) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de claustrofobia? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurológicas? (Convulsiones, vertigo, epilepsia? y/o ACV) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de hipertensión arterial no controlada? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Tiene fobia a las alturas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

Al Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por la cual pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMAS DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | 03-03-25 | | |
| MARTES | 04-03-25 | | |
| MIERCOLES | 05-03-25 | | |
| JUEVES | 06-03-25 | | |
| VIERNES | 07-03-25 | | |
| SÁBADO | 08-03-25 | | |
| DOMINGO | | | |

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | SST-16 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | AUTORREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO | Fecha de vigencia | 2019/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CEDULA: [illegible]

TRABAJO EN ALTURAS [X] TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS [ ] TRABAJOS CON ENERGIAS PELIGROSAS [ ]

| CONDICIONES DE SALUD | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Actualmente siente depresión, ansiedad, ansiedad o algún otro estres emocional? | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente sufre de diabetes o Hipotiroidismo no controlados? | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente tiene perdida de capacidad auditiva? | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Actualmente toma medicamentos que causan sueño, ejemplo: antiepilepticos? | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Anosmia? (incapacidad para percibir Olores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| ¿Ha dormido como mínimo 8 de las últimas 24 horas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| ¿Ingerido alcohol, sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algun trastorno de salud relacionado con caida? (Golpe, sincope, calambres) | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre algun trastorno del sueño? | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun trastorno del equilibrio, Mareo, Vertigo? | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de algun trastorno Psiquiatrico? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de alguna enfermedad respiratoria? (Asma Bronquitis, Sinusitis) | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de diastrofobia? | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de daltonismo? | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de enfermedad Neurologicas? (Convulsiones, Vertigo, epilepsia? y/o ACV) | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre de Hipertension arterial no controlada? | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre fobia a las alturas? | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| ¿Sufre trastornos osteomusculares activos? | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

NOTA: Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desempeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

FIRMA DEL TRABAJADOR

| DIA DE LA SEMANA | FECHA | OBSERVACIONES | FIRMA |
|---|---|---|---|
| LUNES | | | |
| MARTES | 04-03-25 | | |
| MIERCOLES | 05-03-25 | | |
| JUEVES | 06-03-25 | | |
| VIERNES | 07-03-25 | | |
| SABADO | 08-03-25 | | |
| DOMINGO | | | |

ANEXO 2.6M

# EXAMENES MEDICOS-CONTRATISTA

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.M. Exámenes médicos ocupacionales

Cra 21 # 23–20 Sur
Bogotá, Colombia
300 623 7867 – 374 339 9138
NI 901 063 436
Asesorado por MedSystem

## Certificado de aptitud laboral

901498831 - 1 - ALCART DE COLOMBIA SAS

Paciente JHON ALEX GONZALEZ ROJAS Examen Ingreso laboral
CC 1107573514 Fecha Lun., 17 de feb. 2025 07:12:24
Edad 29 años y 6 meses
Ocupación AYUDANTE DE OBRA



### Servicios realizados

- Audiometría
- Espirometría
- Medicina Laboral
- Visiometría

### Pruebas de laboratorio

- Cuadro Hemático
- Glicemia
- Triglicéridos
- Coprológico

### Concepto

**Tipo de concepto**

Sin restricción para el cargo - Sin restricción para trabajo en alturas

**Énfasis**

Osteomuscular

Trabajo en Alturas

Generación: lun., 17 de feb. 2025

**Observaciones y/o recomendaciones**

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

REPORTE RADIOGRAFICO:

REPORTE RADIOGRAFICO:
COLUMNA CERVICAL: SIN HALLAZGOS QUE RESTRINJAN PARA EL CARGO.
COLUMNA DORSAL: SIN HALLAZGOS QUE RESTRINJAN PARA EL CARGO
COLUMNA LUMBAR: SIN HALLAZGOS QUE RESTRINJAN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:
CONTROL AUDITIVO ANUAL, UTILIZAR EPP PARA EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO SUPERIOR A 85 dB.
EVITAR USO DE AUDÍFONOS PARA ESCUCHAR MÚSICA. REPOSO AUDITIVO POSTERIOR A JORNADA LABORAL
PAUSAS ACTIVAS, HABITOS SALUDABLES, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. CONTROL OCUPACIONAL ANUAL
CONTROL VISUAL ANUAL

HENRY ENRIQUE CRUZADO SOLANO
CC 1026...
Medico Salud Ocupacional
No. ...

JHON ALEX GONZALEZ ROJAS
CC 1107...
Paciente

PREVSALUD IPS SAS
Tel. [illegible]
Dirección: Calle 13 No. 69D 35
prevsaludips@gmail.com www.[illegible]saludips.com

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20 (DÍA) | 01 (MES) | 2025 (AÑO) | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA) | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA [illegible] TRABAJADOR O ASPIRANTE

| | |
|---|---|
| CONSORCIO MITIGACION ORDITO FASE A | 901821866-1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| MARIELA GAMEZ ALVAREZ | FEMENINO | 36 | CC 1.000.117.328 |
| AUXILIAR [illegible] | 60 KILOS | 1.67 | |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

| SI | X | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
|---|---|---|

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

El concepto de Aptitud se dará a partir de los siguientes exámenes complementarios:

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | ✓ | [illegible] | ✓ |
| OPTOMETRIA | ✓ | | |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | ✓ | | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

[illegible]

[illegible]

**Médico**

Firma: [illegible]

Nombre: JUAN CAMILO [illegible]

R.M.: [illegible] L.S.O.: [illegible]

SCAN ME

**Aspirante o Trabajador**

Firma: [illegible]

Nombre: MARIELA GAMEZ ALVAREZ

CC: 1000117328

**PREVENTSALUD IPS S.A.S.**
NIT: 901.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 16-46
Cel: 301 827 0085 - Tel: 757 6328
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 03 MES | 2025 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., CUNDINAMARCA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4 | CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4 |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Los datos deben ser verificados con documento de identidad original. El trabajador debe firmar)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| PENAGOS MORENO LUIS ANTONIO | MASCULINO | 57 AÑOS 1 MESES 1 DIAS | CC Tipo | 80425756 Número |

Cargo: OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO/ APTO PARA ALTURAS**

OBSERVACIONES: NO APLICA

APTO: PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

APTO: PARA TRABAJAR EN ALTURAS

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| USO DE CORRECION VISUAL | PERMANENTE | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN APTITUD OCUPACIONAL | ✓ | QUIMICA BASAL | ✓ |
| AUDIOMETRIA | ✓ | COLESTEROL TOTAL | ✓ |
| VISIOLOGIA | ✓ | TRIGLICERIDOS | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECION VISUAL | USO DE EPP | HABITOS ALIMENTICIOS |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | RX VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO | PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | HABER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES
ORIENTAMOS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.
REMISION POR OPTOMETRIA ANUAL PARA CAMBIO DE FORMULA

Conocimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional ingreso en esta ocasión. 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 un consentimiento bien informado. Entiendo que la realización de este examen no es obligatoria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perjuicio 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 cabal 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 oído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que manifiesto mi capacidad de responder mi consentimiento.

# PREVSALUD IPS SAS

Dirección: Calle 13 No. 69b 35

prevsaludips@gmail.com www.prevsaludips.com

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | CLASIFICACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | BOGOTA (BOGOTA D.C., COLOMBIA) | EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O A LA QUE EL TRABAJADOR ASPIRA | |
|---|---|
| CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4 | 901521886-2 |

| DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ALEXANDER OVIEDO BARRIOS | | MASCULINO | 24 | CC 1.005.858.984 |
| ARL/ASEGURADORA | | EPS/EPS | | CARGO |
| ARL/ASEGURADORA | | EPS/EPS | | 170 |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:

CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA TRABAJO EN ALTURAS

*Observaciones: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

| SI | X | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
|---|---|---|

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

El concepto de aptitud se dictamina a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | ✓ | OPTOMETRIA | ✓ |
| ESPIROMETRIA | ✓ | | |
| Evaluación Osteomuscular | ✓ | | |

| RECOMENDACIONES MEDICAS | RIESGOS OCUPACIONALES | CONDICIONES DE SALUD DETECTABLES |
|---|---|---|
| USO DE LENTES | SOLVENTES | HABITOS NOCIVOS |
| MEDICAMENTOS | TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS | HABITOS SALUDABLES |
| | PROTECCION AUDITIVA | |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO POR ENFERMEDAD COMUN Y PROFESIONAL, USO DE EPP ESENCIALES Y LOGICOS SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR, NO CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, ACTIVIDAD FISICA REGULAR, ADOPCION DE HABITOS SALUDABLES CON EL MEDIO AMBIENTE, CAPACITACIONES EN RIESGOS ESPECIFICOS Y PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD PARA COVID-19 SEGUN CIRCULAR EXT. 1 DE 2020 DEL 2020

Como trabajador(a) humano de Aspirante a Trabajador autorizo expresamente al Sistema Integrado de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo para que realice el tratamiento de mis datos personales sensibles relacionados con mi estado de salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes. Declaro que la información suministrada en este documento es verídica y completa. Autorizo a la empresa para que realice el tratamiento de mis datos personales sensibles relacionados con mi estado de salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes. Declaro que la información suministrada en este documento es verídica y completa. Autorizo a la empresa para que realice el tratamiento de mis datos personales sensibles relacionados con mi estado de salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Médico

Firma: Juan Camilo Romero

Nombre: JUAN CAMILO ROMERO

R.M.: 375 [illegible] I.S.D.: 30 [illegible]

SCAN ME

Aspirante a Trabajador

Firma:

Nombre: ALEXANDER OVIEDO BARRIOS

CC: 1.0[illegible]

**PREVENTSALUD IPS S.A.S.**
NIT: 900.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 15-46
Cel: 301 827 00 85 - Tel: 757 53 09
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36,307

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 01 MES | 2025 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| INCOLS S.A.S. | INCOLS S.A.S. |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Nombre, Documento de identificación, Fecha de Nacimiento, Edad, Género, Lugar de Nacimiento, Profesión u ocupación, Nivel educativo)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ LARA ERIKSON ANDRES | MASCULINO | 28 AÑOS 2 MESES Años | CC Tipo 1023038751 Número |

Cargo: ASESOR JURIDICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

Observaciones: NO APLICA

| APTO | PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| NINGUNA | TEMPORAL | NO APLICA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL | ✓ | AUDIOMETRIA | ✓ |
| ACTIVIDAD FISICA | ✓ | | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| ACONDICIONAMIENTO FISICO (PAUSAS) | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PAUSAS ACTIVAS Y HIGIENE POSTURAL | HIGIENE BUCAL |
| | | HIDRATACION |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VIGILANCIA OSTEOMUSCULAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al (la) (los) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional ingresando un solo diligenciado. El suscrito(a) abajo mencionado ha sido informado del propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el mismo, he formulado mi interpretación, he indagado sobre y recibido respuesta satisfactoria. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. He informado en los términos más precisos la sintomatología de mis resultados. Las anteriores datos son mi voluntad y verdaderos. Autorizo al médico(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información necesaria para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las finalidades exclusivamente de la misma legislación, igualmente para que cumplan la función dentro de los SPS a la cual me encuentro vinculado(a) laboralmente. Finalmente manifiesto con claridad y conocimiento pertinente lo anterior y que todos los espacios en blanco se han diligenciado, leídos de mi puño y letra encontrándolos conforme a lo expresado en este documento.

Médico

Fecha

Nombre: CUENCA SANCHEZ CARLOS ARTURO

R.M. 4515 C.C. 79[illegible] Código de Seguridad: MR77T1Z163

Aspirante o Trabajador

Fecha

Nombre: MUÑOZ LARA ERIKSON ANDRES

CC: 1023038751

Guaduas Cundinamarca, 12 de marzo de 2025.

Señor:
**LUIS ALEJANDRO PESCADOR AREVALO**
Ayudante de obra

Ref.: **CITACION PARA REALIZACION DE EXAMENES DE EGRESO**

Cordial saludo.

Por medio de la presente informamos que tiene 5 dias nábiles (a partir del 15/03/2025 hasta 20/03/2025), para realizar el examen médico de egreso, que el area de Seguridad y salud en el trabajo ha establecido para usted y de esta forma dar cumplimiento a la legislación Nacional Vigente.
Por favor presentarse en la IPS EPSALUD OCUPACIONAL S.A.S, Cra. 3 # 1 – 17, Guaduas, Cundinamarca, tel, 310 4436391

**FIRMA RECIBIDO**

**ALEXANDER CARRILLO ORTIZ**
**Representante legal**

**LUIS ALEJANDRO PESCADOR**
**CC. 1.007.237.773**



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RC-SST-04 |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 24/01/2025 |
| | RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES | Copia controlada | SI X NO |

Bogotá, 14 de marzo de 2025

SEÑOR
ALEXANDER OVIEDO BARRIOS
CONSORCIO MITIGACION COUTO FASE 4
Ciudad

Cordial saludo,

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 19 de febrero de 2025 en el examen médico de Ingreso, realizado por la compresa CONSORCIO MITIGACION COUTO FASE 4.

**CONCEPTO EXAMEN MEDICO**

Apto para el cargo

**RESTRICCIONES**

Sin restricciones laborales

**RECOMENDACIONES**

Control con EPS preventiva
Medicina preventiva
Uso de EPP
SVE auditivo

Cordialmente.

Líder de SST

Recibe:

1.005.966.094

Bogotá, 14 de marzo de 2025

SEÑOR
MARIELA GAMEZ ALVAREZ
CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4
Ciudad

Cordial saludo,

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 20 de enero de 2025 en el examen médico de Ingreso, realizado por la empresa CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4

**CONCEPTO EXAMEN MEDICO**

Apto para el cargo

**RESTRICCIONES**

Sin restricción para el cargo

**RECOMENDACIONES**

Control con EPS preventiva
Uso de EPP
SVE visual
Pausas activas e higiene postural
Protección auditiva

Cordialmente,

Líder de SST

Recibe:

Mariela
1.000.117.328

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-04 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 24/01/2025 |
| | RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES | Copia controlada | SI X NO |

Bogotá, 14 de marzo de 2025

SEÑOR
PENAGOS MORENO LUIS ANTONIO
CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4
Ciudad

Cordial saludo,

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 13 de marzo de 2025 en el examen médico de ingreso, realizado por la empresa INCOLS SAS

**CONCEPTO EXAMEN MEDICO**

Apto para desempeñar el cargo/ apto para alturas

**RESTRICCIONES**

Uso de corrección visual

**RECOMENDACIONES**

Usar corrección visual

Examen visual de control en un año

Audiometría de control en un año

Uso de epp

SVE visual

Pausas activas e higiene postural

Cordialmente,

Líder de SST

Recibe: 80.429.956

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-04 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | - |
| | | Fecha de vigencia | 2/01/2025 |
| | RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES | Copia controlada | SI X NO |

Bogotá, 06 de febrero de 2025

SEÑORA
RODRIGUEZ TREJOS ALISSON GINNETH
CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4
Ciudad

Cordial saludo,

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 26 de febrero de 2025 en el examen médico de ingreso, realizado por la empresa CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4.

**CONCEPTO EXAMEN MEDICO**

Apto con patología que no limita labor para el cargo

**RESTRICCIONES**

Uso de gafas para corrección visual

**RECOMENDACIONES**

Continuar manejo médico: patología de base
usar corrección visual

Examen visual de control en un año

Audiometría de control en un año

Valoración por EPS: control por medicina

General y nutrición

Uso de EPP

SVE visual

Pausas activas e higiene postural

Cordialmente,

Líder de SST

Recibe:
1012364867

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RF-SST-04 |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO MITIGACIONES CODITO FASE 1 | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 24/01/2025 |
| | RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES | Copia controlada | SI X NO |

Bogotá, 06 de febrero de 2025

SENOR
ERIKSON ANDRES MUÑOZ LARA
CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 1
Ciudad

Cordial saludo.

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 13 de enero de 2025 en el examen médico de ingreso, realizado por la empresa INCOLS SAS

**CONCEPTO EXAMEN MEDICO**

Satisfactorio para continuar desempeñando su labor

**RESTRICCIONES**

Ninguna

**RECOMENDACIONES**

Examen visual de control en un año
Uso de EPP
SVE visual
Pausas activas e higiene postural
Hábitos saludables
Hacer deporte
Dieta balanceada

Cordialmente,

Líder de SST

Recibe; Erikson Muñoz 1.023.038-351

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RF-SST-04 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 24/01/2020 |
| | RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES | Copia controlada | SI X NO |

Bogotá, 06 de febrero de 2025

SEÑOR
GOMEZ HURTADO LAURA NATHALY
CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4
Ciudad

Cordial saludo.

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 05 de febrero de 2025 en el examen médico de ingreso, realizado por la empresa CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4.

**CONCEPTO EXAMEN MÉDICO**

Apto para desempeñar el cargo

**RESTRICCIONES**

Ninguna

**RECOMENDACIONES**

Examen visual de control en un año
Audiometría de control en un año
Uso de EPP
Pausas activas e higiene postural
Hacer deporte
Dieta balanceada
Fortalecimiento muscular

Cordialmente,

Líder de SST

Recibe:

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-04 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha de vigencia | 24/01/2025 |
| | RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES | Copia controlada | SI X NO |

Bogotá, 06 de febrero de 2025

SEÑOR
RODRIGUEZ VARGAS EDUARDO
CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4
Ciudad

Cordial saludo,

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se trascriben y damos a conocer a usted las observaciones realizadas el día 21 de octubre de 2024 en el examen médico de Ingreso, realizado por la empresa BB INGENIEROS S.A.S.

**CONCEPTO EXAMEN MEDICO**

Apto con patología que no limita labor para el cargo

**RESTRICCIONES**

No trabajar al vacio
No trabajar a más de 2 metros de altura
Uso de gafas permanentes

**RECOMENDACIONES**

Usar corrección visual
Examen visual de control en un año
Uso de EPP
SVE visual
Pausas activas e higiene postural
Hábitos saludables
Hacer deporte
Dieta balanceada

Cordialmente,

Líder de SST

Recibe:

30.419.425

CONSORCIO CODITO
PASO A PASO

**ANEXO 2.5 N**

# REPORTE PLAN DE EMERGENCIAS-CONTRATISTA

**Contrato 042 DE 2024**



Anexo 2.5.N. Reporte cumplimiento plan de Emergencias y Contingencias (Prevención, preparación y respuesta ante emergencias)

Siendo las 8:30 am del día 08 del mes de marzo del año 2025, en la Ciudad de Bogotá se reunieron las siguientes personas con el fin de constituir y/o conformar la Brigada de emergencias de la empresa.

| Nombres y apellidos | Cargo |
|---|---|
| Yenny Yulisa Cuesta Palacios | Residente SST-A |
| Yeison Alonso Cardenas Acosta | Residente de Obra-Representante legal |

El señor Yeison Alonso Cárdenas Acosta, como representante de la empresa.

La señora Yenny Yulisa Cuesta Palacios, como líder del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

**ARTICULO 1. RESPONSABILIDADES**

**<u>De la empresa: Gerencia</u>**

1. Asignar un presupuesto anual para el funcionamiento de la Brigada.
2. Dotar adecuadamente a los Brigadistas de implementos para la prevención y atención de emergencias al interior de la empresa.
3. Proporcionar un tiempo de 2 horas mensuales para la capacitación, entrenamiento y trabajo rutinario de los integrantes de la Brigada.
4. Propiciar la asistencia a eventos e intercambios de Capacitación y Entrenamiento de los integrantes.
5. Permitir que los integrantes de la Brigada difundan los planes de trabajo de y capaciten a los empleados de la empresa en los diferentes campos de prevención y atención de emergencias (incendios, evacuación, rescate, primeros auxilios, productos químicos)
6. Permitir la participación de todos los empleados en la realización de simulacros que programe la Brigada.

**<u>De los brigadistas</u>**

**(Etapa preventiva)**

1. Recibir e impartir capacitaciones, entrenamientos para la prevención y el control y de emergencias. (simulacros)
2. Revisar permanentemente los riesgos existentes en la empresa con el fin de tomar las medidas preventivas y/o correctivas necesarias (inspecciones de seguridad)
3. Realizar labores de Prevención en actividades de alto riesgo cuando se requiera.
4. Inspeccionar y realizar mantenimiento permanente de los equipos asignados para el funcionamiento de la Brigada (sistemas de alarma, comunicaciones, uniformes, sistemas para el control de incendios, botiquines y demás equipos de emergencia)
5. Cumplir con las labores asignadas para la prevención de emergencias

6. Aprovechar eficientemente el tiempo asignado por la empresa para el trabajo de la Brigada.
7. Colaborar con la actualización e implementación de los Planes de Emergencia y Evacuación, así como la implementación de los procedimientos operativos normalizados (PON´S).
8. Colaborar y cooperar con otras Brigadas de emergencia cercanas con el fin de establecer planes de ayuda mutua.

**(Etapa de control)**

1. Control de la emergencia con los recursos disponibles (extinción, rescate, primeros auxilios, salvamento, control de químicos).
2. Prevenir la propagación (control)
3. Reducir los riesgos al tiempo que se controla la emergencia
4. Solicitar si es necesario ayuda externa (Organismos de Socorro)
5. Coordinar la llegada de recursos y organismos externos que lleguen como apoyo

**(Etapa de restablecimiento)**

1 Inspeccionar las condiciones del área afectada.
2. Mantenerse en alerta para prevenir cualquier reiniciación.
3 Tomar medidas correctivas.
4. Retroalimentación de las operaciones realizadas.
5 Reacondicionamiento de los elementos y equipos utilizados.

**ARTICULO 2. ELECCIÓN DEL COORDINADOR DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS.**

Habiendo sido postulado para el cargo de Coordinador General de la Brigada de emergencias de la empresa. la Señora

1 Yenny Yulisa Cuesta Palacios

Se eligió por mayoría a la señora Yenny Cuesta, quien ocupará el cargo a partir de la fecha y será el Representante de la Brigada de emergencias ante los estamentos internos y externos a la empresa, para los fines pertinentes relacionados con las siguientes funciones:

- Diseñar e implementar el reglamento de la Brigada.
- Colaborar con el diseño e implementación de los planes de emergencia y evacuación.
- Asignar tareas y responsabilidades a los integrantes.
- Coordinar las operaciones de control durante las emergencias con los Organismos de Socorro
- Coordinar las acciones administrativas para el buen funcionamiento de la Brigada.
- Motivar y mantener en alto la moral y el espíritu de servicio

**Brigadas y brigadistas:**

| Primeros Auxilios, Contra Incendios, Evacuación, Búsqueda y Rescate | | |
|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo** | **Firma** |
| Albert Hernández Ruiz | Inspector SST | |
| Luisa Mogollón Bernal | Inspector SST | |
| José Rufino Ruiz Ortiz | Operador | |

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá a los 08 días del mes de marzo de 2025, por los presentes:

REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

LIDER DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

JRD
CONSULTORES

OTORGA LA PRESENTE
CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO A:

# HERNANDEZ RUIZ

# ALBERT RAMON

*Identificado documento de identidad*
***N° 85370602***
Quien cursó y aprobó la capacitación en

## *BRIGADISTA*

Con una intensidad horaria de 16 horas
Realizado el dia 22 de Febrero de 2021 en la ciudad de Bogotá.

**Edwin Johan Rivera Delgado**
**C.C 1023911376**
**Entrenador EC Licencia en SO N° 11820**
Registro Entrenador 52622712

**Yeritza Zulien Romero Ávila**
**C.C 1030646687**
**Representante Legal**
**JRD CONSULTORES SAS**

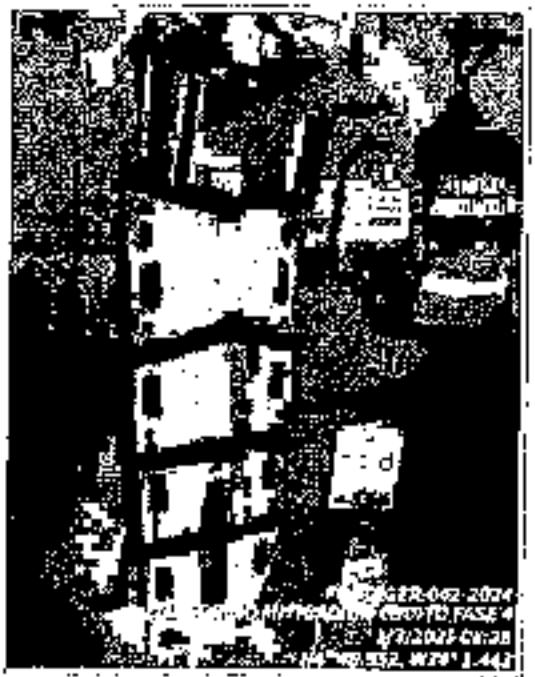
**VERIFICACIÓN** *www.alturasjrd.com*
*805 05 87*
*304 619 17 42*
verificacion@alturasjrd.com

JRD-PA-042

De conformidad con la resolución 5031 de 2009 DE 15/07/2017 la cual otorga la licencia para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo que autoriza a la empresa JRD CONSULTORES SAS. Para la capacitación de trabajo en alturas y por riesgo eléctrico




FONDAGER-042-2024
CONSORCIO MITIGACION COBITO FASE 4



Anexo 2.5.Ñ. Investigación de accidentes de trabajo

**ANEXO 2.5 Ñ**

# INVESTIGACIÓN DE AT

**Contrato 338 DE 2024**



ARL sura

Medellin, 11 de abril de 2025

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.**

**HACE CONSTAR**

Que la empresa BIODECCO SAS, NIT N900965653, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de febrero de 2025 hasta el 31 de marzo de 2025.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Medellín, 25 de marzo de 2025

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.**

**HACE CONSTAR**

Que la empresa CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4 NIT N901321886, no presento accidentes de trabajo desde el 23 de febrero de 2025 hasta el 22 de marzo de 2025.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 186.30.135.37, 192.200.104.7, 172.16.42.57.



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 2.5O

# INSPECCIONES,FORMATOS DE INSPECCIONES Y CRONOGRAMA DE INSPECCIONES-CONTRATISTA

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.O. Inspecciones, Formatos de inspecciones y Cronograma de Inspecciones

| | | |
|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | RE-SST-17<br>1 |
| | CRONOGRAMA DE INSPECCIONES | 22/01/2025<br>S: X NO |

**Objetivo**

Identificar condiciones peligrosas y prácticas inseguras que puedan llevar como consecuencia pérdidas o daños a la integridad de las personas, los bienes y el medio ambiente.

| Metas | Indicadores |
|---|---|
| Cumplir con el 100% de las inspecciones programadas | Inspecciones Ejecutadas / Inspecciones Programadas *100% |
| Cerrar el 100% de las acciones encontradas | Actividades realizadas / Actividades encontradas *100 |

CRONOGRAMA INSPECCIONES Anteriores

| Actividades | Responsable | Responsable | enero | | febrero | | marzo | | abril | | mayo | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | |
| **Implementación del Programa de Inspecciones** | | | | | | | | | | | | | |
| Inspección de EPP | Gerencia obras | Asesor SST | X | X | | X | | | X | | X | | |
| Inspección de Herramientas manuales | Gerencia obras | Asesor SST | | | | | | | | | X | | |
| Inspección de extintores | Administrador | Asesor SST | X | X | | | | | | | X | | |
| Inspección de Botiquines | Administrador | Asesor SST | X | X | | | | | | | X | O | |
| Inspección de Equipos de soldadura | Administrador | Asesor SST | | X | | | | | | | O | O | |
| Inspección de Andamios | Vigilante | Asesor SST | X | X | X | X | | | | | O | O | Para el mes de Diciembre se programó inspección solicitada y ejecutada por el vigilante |
| Inspección de Escaleras | Vigilante | Asesor SST | | X | X | X | | | | | O | O | Para el mes de febrero se programó inspección solicitada y ejecutada por el vigilante |
| Inspección de Señalización | Obra | Asesor SST | X | X | | | | | | | O | O | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES PROGRAMADAS | | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| Actividades ejecutadas | | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| PORCENTAJE de cumplimiento | | 100% | 100% | | 100% | | 100% | | 100% | | 100% | | |

Elaboró: Yenny Yulieth Cuenca Palacios

Revisó: Catalina Villarraga

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE ALTURAS

| | |
|---|---|
| Código: | RE-SST-09 |
| Versión: | |
| Fecha de vigencia: | 20/12/2020 |
| Copia controlada: | SIPLAFT |

Empresa: taller 182 cra 4

Actividad: Perforación por rotación

| EQUIPO | ELEMENTO | INSPECCIÓN O CONDICIONES SINIESTRALES | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
| | | | 24/02/2025 | 25/02/2025 | 26/02/2025 | 27/02/2025 | 28/02/2025 | 1/03/2025 |
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS | PT Mosquetón 1-1/4-0.5-5-7 | ARNÉS | Resultado de inspección: B (Bueno) M (Malo) | | | | | |
| | Pecho | Costuras de unión, pentaclipadura, anillas en D/pecho, cintas, hebillas, elevación, cuerda/cinta, cinta/cuerda, reparaciones, etiquetas | B | B | B | B | B | B |
| | Argolla tipo D | Deformaciones, fisuras, corrosión, agujeros, bordes rugosos, cortantes, cierre operativo | B | B | B | B | B | B |
| | Hebillas, pasadores | Forma correcta y distribución (SCIN), ejes presentes de metal, ajustes correctos, ausencia de deformaciones, cortes en costuras, fisuras, ausencia de bordes rugosos/cortantes, elementos | B | B | B | B | B | B |
| | Cinturón Ventral | Correcta colocación de hebillas y seguridad | B | B | B | B | B | B |
| | Torso | SISTEMA DE ABSORVEDOR DE ENERGÍA<br>Daños por mal uso de absorbedor, tejidos de cuerda, deformaciones, cortes en bordes, costuras, pespuntes, abrasiones, quemaduras, deformación, fisuras, cortes | B | B | B | B | B | B |
| | Cuerdas o cintas/costuras | Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies planas, corrosión, fisuras, cortes, abrasiones, quemaduras, deformación, fisuras, cortes | B | B | B | B | B | B |
| | Conectores | SISTEMA DE POSICIONAMIENTO<br>Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies planas, corrosión, fisuras, cortes, abrasiones, quemaduras, deformación, fisuras, cortes | B | B | B | B | B | B |
| | Estabilizadores/Amortiguadores | Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies planas, corrosión, fisuras, cortes, abrasiones, quemaduras, deformación, fisuras, cortes | B | B | B | B | B | B |
| | Pecho | ANCLAJE<br>Costuras de unión, pentaclipadura, anillas en D/pecho, cintas, hebillas, elevación, cuerda/cinta, cinta/cuerda, reparaciones, etiquetas | B | B | B | B | B | B |
| | Argolla | Deformaciones, fisuras, corrosión, agujeros, bordes rugosos, cortantes, cierre operativo | B | B | B | B | B | B |
| | Cuello | CASCO TIPO II<br>Rajado, fisuras, perforaciones, golpes, roto o deformado | B | B | B | B | B | B |
| | Barbuquejo | BOTAS<br>Estado físico, cremallera en buen estado, funcionalidad | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Cuidados Reglas de Seguridad para las Eslingas del Cuerpo Exterior | - Evitar el contacto con objetos peligrosos y cortantes<br>- Trabajar en zonas despejadas y libres de obstáculos | - Usar un arnés de cuerpo completo y conectores adecuados<br>- Inspeccionar el equipo antes de cada uso en busca de daños | | | | | |
| ESCALERAS | Peldaños | Tipo y en Buen | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Barandas | En estado de buen | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Zapatas | Antideslizantes y en buen estado | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Tornillos | Apretados, completos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Cuidados Reglas de Seguridad para las escaleras | - Evitar escaleras metálicas cerca de equipos<br>- Asegurar el correcto apoyo de la escalera<br>- Subir o bajar de frente a la escalera y sujetarse con las 2 manos | - Asegurar y bloquear escaleras para evitar vuelcos y caídas con las 2 manos<br>- Trabajar de a 1 trabajador a la vez, no superar 95 kg por escalón con peso máximo de 150 kg/m | | | | | |
| ANDAMIOS | SUPERFICIE | Tablones de madera, completos, libres de rajaduras, fisuras, ausencia de deformaciones, metálicos y antideslizantes | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | VERTICALES | ESTRUCTURA<br>Tubos no oxidados, libres de corrosión, en buen estado, nivelados y con espesor mínimo | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | TRAVESAÑO | Juegos no oxidados, libres de corrosión, en buen estado, nivelados y con espesor mínimo | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Plataforma | Verificar que todos los elementos estén en perfectas | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | ARRIOSTRES | Verificar estado de los diagonales, en buen estado, nivelados | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | BARRERAS DE PROTEC | Barandas superiores con altura de 1,00 m, medias, e intermedias de 0,50 m | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Reglas de seguridad para los andamios: | - Verificar el estado de todos los componentes antes de cada uso<br>- Asegurar que todos los componentes estén correctamente ensamblados y fijados | - Inspeccionar diariamente antes de cada uso y después de cualquier incidente<br>- Reportar inmediatamente cualquier daño o defecto encontrado | | | | | |

1. Diligenciar el reporte en el día cada vez que vayas a iniciar labores
2. Reportar el correo diario al área de SST

NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN: ALBERT HERNANDEZ RUIZ / YENNY OUESTA PALACIOS

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código: | RECEST-SG |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |
| | INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE ALTURAS | Fecha de aprobación: | 21/02/2023 |
| | | Copia controlada: | CSX NO |

Leyenda: **B** Bueno **M** Malo **R** Regular **NA** No aplica

| | | | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad: Perforación exploración | | | FECHA | | FECHA | | FECHA | | FECHA | | FECHA | | FECHA | |
| EQUIPO | ELEMENTO | ACCESION O CONDICIONES INSEGURAS | 17/03/2025 | | 18/03/2025 | | 19/03/2025 | | 20/03/2025 | | 21/03/2025 | | 22/03/2025 | |
| EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS | N° No:EQUIPO 1-2-3-4-5-6-7 | ARNES | Valores asignados: B, Bueno; M, Malo | | | | | | | | | | | |
| | Hebillas | Libertad de correa, conformidad con el cuerpo, correa, hebillas, dobladores, abrazaderas, deslizadores, bordes afilados, corrosión, daños | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | Anillos en D | Deformación, fisuras, corrosión, agrietamiento, bordes afilados, daños en soldaduras | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | Hebillas, ajustadores | Partes en correcto funcionamiento, sin daños, deformaciones, fisuras, corrosión, bordes afilados, correa en buen estado | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | Cinturón Lumbar | Elementos en buen estado de hebillas y ajustadores | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | | ESLINGA CON AMORTIGUADOR DE ENERGIA | | | | | | | | | | | | |
| | Cuerda | Presenta daños en zona de costuras, presenta no tiene daños en general, quemaduras, deshilachamiento, cortes, desgaste, abrasiones, quemaduras, decoloración, humedad, manchas, olores | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | Ganchos o mosquetones | Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies porosas, comprueban libre de fisuras, deformaciones, abrasiones, en buen estado | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | | | | | | | | | | | | |
| | Cuerda / Cinta | Desgaste o abrasión, daños en costuras | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | Ganchos o mosquetones | Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies porosas, comprueban libre de fisuras, deformaciones, abrasiones, en buen estado | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | | ANCLAJE | | | | | | | | | | | | |
| | Cuerda | Corrosión, daños en costuras, cortes, quemaduras, deshilachamiento, abrasiones, daños en costuras, deformaciones, fisuras, cortes | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | Anclaje | Deformaciones, fisuras, corrosión, agrietamiento, bordes afilados, daños en soldaduras | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | | CASCO TIPO II | | | | | | | | | | | | |
| | Casco | Fisuras, golpes, abrasiones, daños en costuras, correa ajustable | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| | | BOLSO | | | | | | | | | | | | |
| | Bolso | Daños físicos, costuras en buen estado, fijación | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Código: Reglas de Seguridad para los trabajos de Cuerpo Externo: | | • Portar el arnés con los enlaces y ajustes. • Inspeccionar todos los componentes del arnés antes de cada uso. | | | | | | • Utilizar una línea de vida o punto de anclaje. • Usar el arnés de acuerdo con las instrucciones del fabricante. | | | | | |
| ESCALERAS | Peldaños | Integridad de los peldaños | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Estructura | Estabilidad de la escalera | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Ajustes | Ajustes de altura y seguridad | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Seguridad | Antideslizantes, pasamanos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Código: Reglas de Seguridad para las escaleras: | | • Todo el personal debe estar capacitado en el uso de escaleras. • Asegurar el área de trabajo alrededor de la escalera. • Evitar el uso de escaleras en condiciones climáticas adversas. | | | | | | • Asegurar que la escalera esté nivelada y apoyada en una superficie estable. • No sobrecargar la escalera; respetar el límite de peso indicado por el fabricante. | | | | | |
| ANDAMIOS | Plataforma | Estabilidad, completitud, área de trabajo, estado, accesorios, pasamanos, plataforma | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | BASTA KITURA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | DERECHO | [illegible] | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | IZQUIERDA | [illegible] | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | PASADORES | Verificar que todos los pasadores estén en su posición | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | NIVELADORES | Nivel y estabilidad de la base de andamio, el piso debe estar nivelado | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | BARRERAS DE PROTECCIÓN | Barandilla superior con altura de 0.90 m, barandilla intermedia altura 0.45 m. | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Reglas de Seguridad para los andamios: | | • Verificar que todas las barandillas estén en su lugar. • Inspeccionar el andamio antes de cada uso, especialmente después de condiciones climáticas adversas. • Asegurar que el andamio esté nivelado y estable antes de subir. | | | | | | • Trabajar en el andamio solo si está en perfecto estado y nivelado. • No sobrecargar el andamio; respetar el límite de peso indicado por el fabricante. | | | | | |

1. Cualquier novedad registrada en el día corresponderá a accidentes (con o sin daño) o incidentes (casi accidentes) ocurridos durante el desarrollo de las actividades.

| | |
|---|---|
| NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN | ALBERT HERNANDEZ RUIZ / HENRY CUBILLOS ACTOS |
| FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN | |

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE ALTURAS

| Código: | HC-SST-1 |
|---|---|
| Versión: | 1 |
| Fecha de vigencia: | 2025/04/01 |
| Copia controlada: | SI X NO: |

Lugar: calle 182 No 4

Actividad: Perforacion por rotacion

| | | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
| EQUIPO | CUMPLE | REVISIÓN Ó CONDICIONES INSEGURAS | 14/03/2025 | 15/03/2025 | 18/03/2025 | 19/03/2025 | 20/03/2025 | 22/03/2025 |
| | | | Valores de calificación: B (BIEN); M (MAL) | | | | | |
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS | PT No/EQUIPO 1-2-3-4-5-6-7 | ARNES | | | | | | |
| | Pecho | Correas de torso, distribuidores, anillos en hombros (pecho), ajustadores, anillos en pecho, identificación, etiquetas, cubierta (EPP) | B | B | B | B | B | B |
| | Aspecto general | Deformaciones, fisuras, desgaste excesivo, bordes rugosos o afilados, costuras expuestas | B | B | B | B | B | B |
| | Hebillas, pasadores | Buenas condiciones y correcta sujeción (ajustamiento de pasadores, hebillas, pasadores, dobles en cintura o hombros, deformaciones, funcionalidad y bloqueo de mecanismo) | B | B | B | B | B | B |
| | Costuras (arnés) | Costuras, estado de hebillas y bloqueos | B | B | B | B | B | B |
| | | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE ENERGÍA | | | | | | |
| | Pecho | Cuerdas, eslinga, zona de conexión, cordón de sujeción, desgaste, quemaduras, cortes, abrasiones, deformaciones, ganchos, mosquetones, anillos, costuras, cubierta (EPP) | B | B | B | B | B | B |
| | Capacidad (kg/lb/newtons) | Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies porosas (químicos libre de fisuras, deformaciones o alteraciones, seguro en buen estado) | B | B | B | B | B | B |
| | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | | | | | | |
| | Cuerda (EPP) | Desgastes o condiciones inseguras visibles | B | B | B | B | B | B |
| | Carabinas y mosquetones | Deformaciones, fisuras, corrosión y superficies porosas, cubiertas libre de fisuras, deformaciones o alteraciones, seguro en buen estado | B | B | B | B | B | B |
| | | ANCLAJE | | | | | | |
| | Rieles | Cubierta de rieles, desplazamiento, cables de fijación, cintas, soldaduras, deformaciones, corrosión, fisuras en la zona (EPP) | B | B | B | B | B | B |
| | Ángulos | Deformaciones, fisuras, corrosión, desgaste, bordes rugosos o afilados, costuras expuestas | B | B | B | B | B | B |
| | | CASCO TIPO II | | | | | | |
| | Casco | Arnés, hebilla, barbuquejo (no roto), cinta suspensión | B | B | B | B | B | B |
| | | GUANTES | | | | | | |
| | Guantes | Cuero flor, cuero/tela en buen estado, libre de rotura | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**(EPP) Reglas de Seguridad para los arnés de Cuerpo Entero:**

- Poder ser usado con dos ganchos y anclaje
- Trabajo en postes, columnas y diagonales con cuerpo entero
- Usar en una altura de 6 mts o mas
- Por el cuidado se prefiere solo cabo de Vida

| ESCALERAS | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Peldaños | Fijos / No flojos | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Laterales | En condiciones optimas | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Zapatas | Antideslizantes y antiderrapante | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Ganchos | Apropiados, completos | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**(EPP) Reglas de Seguridad para las escaleras:**

- Trabajo escaleras: cuidado "Hay de pisar"
- Asegurar la escalera apoyarse en la pared
- Que no pase de la cintura en cima del punto de apoyo
- Asegurar y poder ser atendido de forma inmediata (Vía Libre con Facilidad)
- La separación del trabajador no debe sobrepasar en por ejemplo cada seguridad de la escalera

| ANDAMIOS | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUPERFICIE | Resistente, completa, libre de riesgos, buena utilización (plataforma, madera y tablones) | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | ESTRUCTURA | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CRUCETAS | Vigas rotación o libre de corrosión, de buen estado, resistente y del ancho correcto | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| PUERTAS | Malla de protección o tipo de cerradas, de buen estado, resistente y del ancho correcto | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| TRABAJOS | Verificar que todos los componentes estén correctamente | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| MALACATES | Verificar cableado o fijación de cuerdas, cables, ganchos, rodillos | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| BARRERAS DE APOYO | Barandas superiores con una de 1.10m, base de intermedio (0.50 a 0.70 m) | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**Reglas de Seguridad para los andamios:**

- Verificar y capacitar en el uso de los EPP
- Los andamios deben tener cubrimiento de seguridad y estar asegurados
- Asegurar el andamio para no caerse y apoyarse a una superficie
- Cumplir el trabajo según especificaciones legales y medio de Protección, además de cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo

1. Diligenciar al ingreso de cada turno y/o cada vez que vaya a utilizar el implemento
2. Reportar cualquier anomalía inmediatamente al supervisor

NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN: Al Nestor Hernandez Ruiz / Yenny Cuesta Palacios

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN:

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código: | RL-SST-60 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |
| | INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE ALTURAS | Fecha de vigencia: | 2/10/2020 |
| | | Copia controlada: | SI X NO |

Lugar: Calle 182 Cra 4 | DOMINGO:

Actividad: Reforestación por redes ES | FECHA

EQUIPO: ELEMENTO | REVISIÓN O CONDICIONES INSEGURAS | Bueno/Malo

**COMPONENTES DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS**

| PR No: EQUIPO 1-2-3-4-5-6-7- | PARTES | Nivel de calificación: B (Bueno) M (Malo) | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnés | Cuerpos de fijación, dispositivos de ajuste en cuerpo, anillas, dorsales, abrazaderas, costuras, deformación, bridas bien las debidas rojo | B | B | | | | | | | | | |
| Anclaje fijo | Deformaciones, Lazos, cinchos rotos, bordes rugosos o afilados, soldadura agrietada | B | B | | | | | | | | | |
| Anillas, pasadores | Roturas, grietas y señales rojas, deformación de ojos, acceso sobre desgaste en puntos, daños de cortes o filos, deformaciones (incorporando relacionado de anillo) | B | B | | | | | | | | | |
| Cinta con cubierta | Cortes, quemaduras, costuras y puntadas | B | B | | | | | | | | | |
| **ESCENARIO: CAÍDA ABSORBEDOR DE ENERGÍA** | | | | | | | | | | | | |
| Arnés | Cuerpos anillas de ajuste de posición, cintas de acero, dorsales rotos; bordes de cortes, cortes, grietas, deformaciones, costuras, deformación, bridas rotas, cosidos rojos | B | B | | | | | | | | | |
| Conectores mosquetones | Deformaciones, fisuras, corrosiones y aspereza puntos cinchas libre de restos grietas, deformaciones, partes en movimiento | B | B | | | | | | | | | |
| **ESCENA DE POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | | | | |
| Cuerda Cinta | Desgaste o estiramiento, resistencia | B | B | | | | | | | | | |
| Cordino semiestático | Deformaciones fisuras, cortes y puntadas, costuras, fibras de bordes deshilachados o desgastados, rojos en buen estado | B | B | | | | | | | | | |
| **ANCLAJE** | | | | | | | | | | | | |
| Anclaje | Deformaciones, fisuras, corrosión, bordes rugosos o afilados, cosidos rojos | B | B | | | | | | | | | |
| Agarre | Deformaciones, fisuras, corrosión excesiva, bordes rugosos o afilados, cosidos rojos | B | B | | | | | | | | | |
| **CASCO TIPO II** | | | | | | | | | | | | |
| Casco | Arnés, bandas, barboquejo en mal estado, mal suspensión | B | B | | | | | | | | | |
| **BOLSO** | | | | | | | | | | | | |
| Bolso | Bolsa rota, permitiendo el buen estado libre de riesgo | N/A | N/A | | | | | | | | | |

**Reglas de Seguridad para los trabajos en Caminos-Entornos**

- Perfil de inclinación de caminos y pendientes
- Trabajo en pisos, escaleras y superficies resbaladizas, accidentales
- Mantenimiento de caminos y limpieza de escombros
- Señalización por cambio de sentido de tránsito

**ESCALERAS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peldaños | Rota y en fracturas | N/A | N/A |
| Columnas | Sin deformación o fisuras | N/A | N/A |
| Agarres | Antideslizantes en peldaños | N/A | N/A |
| Tornillos | Agarrados, completos | N/A | N/A |

**Reglas de Seguridad para las escaleras**

- Trabajos de altura: Realizar labores de altura
- Asegurarse de tener suficiente espacio de trabajo
- Evitar una persona que se encuentre en el mismo

- Advertir y discutir riesgos de fijación de escaleras y objetos con los riesgos
- Los trabajos de mantenimiento requieren equipos de protección por ningún caso la persona expuesta debe caerse

**ANDAMIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| SUPERFICIE | Plataforma, estructura, libre de objetos, fisuras, deformaciones: bordes y pasadores | N/A | N/A |
| ESTRUCTURA | | N/A | N/A |
| MONTAJE | Armado en estado óptimo de conexión, en buen estado, estabilidad y con material libre de | N/A | N/A |
| TORNILLOS | Tornillos en buen estado de conexión, en buen estado, estabilidad y con material libre de | N/A | N/A |
| ANDARIOS | Andarios en todas las áreas en buen estado | N/A | N/A |
| NIVELADORES | Niveladores en buen estado, en buen estado, con material | N/A | N/A |
| BARRERAS DE PROTEC | Barreras superior con altura no 1,20 m, barreras intermedias a no más de | N/A | N/A |

**Reglas de Seguridad para los andamios**

- Contar con equipos apropiados y en buen estado
- Los andamios utilizados para desarrollar la actividad deben estar en buen estado
- Asegurar el andamio en el momento que se encuentre fijo
- Utilizar el andamio solo para lo que está diseñado
- Solicitar la revisión del andamio por personal que conozca del tema

1. Diligencie el registro en presencia del trabajador para así evitar que vaya a olvidar la información.
2. Escriba la palabra de aquellos que realizó la inspección

| | |
|---|---|
| NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN | ALBERT HERNANDEZ RUIZ Y YENNY CUESTA PALACIOS |
| FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN | |

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE ALTURAS

| Código: | RE-SST-04 |
|---|---|
| Versión: | 1 |
| Fecha de vigencia: | 01/09/2025 |
| Copia controlada: | SI X NO |

Lugar: Pad 382 este

Actividad: Perforación por rotación

| EQUIPO | ELEMENTO | DESCRIPCIÓN DE CONDICIONES INSEGURAS | LUNES FECHA 9/06/2025 | MARTES FECHA 10/06/2025 | MIÉRCOLES FECHA 11/06/2025 | JUEVES FECHA 12/06/2025 | VIERNES FECHA 13/06/2025 | SÁBADO FECHA 14/06/2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Hora de inspección: B (Bueno) M (Malo) | | | | | |
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS | DI MOSQUETÓN TIPO I-II-III-IV | ARNÉS | | | | | | |
| | Pecho | Cualquier deformación, daño o ausencia de costura, cortes, quemaduras, agrietamiento, decoloración, pudrición, rotura, oxidación o falta | B | B | B | B | B | B |
| | Argolas en D | Deformaciones, fisuras, corrosión, ausencia, pérdida, ruptura o cualquier daño visible sospechoso | B | B | B | B | B | B |
| | Material, hebillas | Hebillas dobladas y rotas, cortes, agrietamiento de cinta, hebillas dañadas, faltantes en cualquier sitio, daños en costuras, deformaciones, fisuras, oxidación o falta | B | B | B | B | B | B |
| | Elemento Lumbar | Costuras, corrosión, cortes, rotura y pudrición | B | B | B | B | B | B |
| | | ESLINGA CON ABSORVEDOR DE ENERGÍA | | | | | | |
| | Cinta | Cualquier cambio en color de original, cortes, rotura, deformaciones, daños en hebillas, costuras, desgaste, quemaduras, quebraduras, decoloración, falta de cinta, pudrición, rotura | B | B | B | B | B | B |
| | Gancho mosquetón tipo | Deformaciones, fisuras, corrosión y cualquier daño visible. Verificar funcionamiento y deformaciones, no debe abrir solo | B | B | B | B | B | B |
| | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | | | | | | |
| | Cuerda o cinta | Desgastes, quemaduras, fisuras visibles | B | B | B | B | B | B |
| | Ganchos o mosquetones | Deformaciones, fisuras, corrosión y cualquier daño visible. Verificar funcionamiento y deformaciones, no debe abrir solo | B | B | B | B | B | B |
| | | ANCLAJE | | | | | | |
| | Anclaje | Cualquier daño en textura, deformaciones, cortes en hebillas, cortes, desgastes, quemaduras, y costuras, decoloración, hebillas dañadas, cualquier daño | B | B | B | B | B | B |
| | Argolas | Deformaciones, fisuras, corrosión, ausencia, pérdida, ruptura o cualquier daño, costuras, quemaduras | B | B | B | B | B | B |
| | | CASCO TIPO II | | | | | | |
| | Casco | Grietas, golpes, deterioro por exposición, mala suspensión | B | B | B | B | B | B |
| | | BOLSO | | | | | | |
| | Bolso | Deterioro, daños, deformaciones, cortes, pudrición, ausencia | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Guía: Reglas de Seguridad para los Trabajos de Cuerpos Enlazados

- Trabajar siempre con dos puntos de anclaje
- Verificar que todos los equipos estén en buen estado antes de cada uso

- Capacitar y entrenar a todos los trabajadores en el uso correcto del equipo
- Realizar inspecciones periódicas de los equipos

| ESCALERAS | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Peldaños | Rotos y sin fijación | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Estructura | Sin refuerzos o flojos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Patas | Antideslizantes y con dobleces | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | Tensión | Cuerdas sueltas o | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Guía: Reglas de Seguridad para las escaleras

- Trabajar nunca en la parte superior de la escalera
- Asegurar el peso y apoyar sobre escalera
- Solo una persona a la vez en una escalera

- Verificar y asegurar siempre que la escalera esté en buen estado antes de cada uso
- La escalera debe estar en contacto con el suelo antes de subir
- Cumplir con las normas

| ANDAMIOS | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SUPERFICIE | Resistente, sin piezas, libre de materiales, flojos, suficientes rieles para evitar caídas y resbalones | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | ESTRUCTURA | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | CENTÍMETRO | Firme en concreto o base de concreto, en buen estado, nivelado y del mismo material | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | TELEVISTAD | Vertical en concreto o base de concreto, en buen estado, nivelado y del mismo material | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | BARRILLONES | Verificar que todas las barras estén en buen estado | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | ESCALERAS | Verificar que estén en buen estado, no dañadas, rotas o faltantes | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | BARRERAS DE PROTEC | Barandas superiores con altura de 1.00 m, barandas intermedias a 0.50 m y rodapié de 0.15 m | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Reglas de Seguridad para los Andamios:

- Verificar que todos los componentes estén en buen estado antes de cada uso
- Asegurar que todos los componentes estén correctamente ensamblados y nivelados
- Capacitar a todos los trabajadores en el uso seguro de andamios

- Inspeccionar diariamente antes de cada uso
- Asegurar que todos los componentes estén en buen estado y sin daños
- Cumplir con las normas de seguridad

1. Diligenciar el registro en el día correspondiente cuando se aplique la actividad de inspección.
2. Escribir el nombre de la persona que realiza la inspección

NOMBRE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN: ALDAIR HERNANDEZ RUIZ / YENNY CUESTA PALACIOS

Firma de quien REALIZA LA INSPECCIÓN:

| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BOMBA DE INYECCIÓN | CODIGO R-I - S S T - 1353<br>VERSION 01<br>Fecha: aaaa/mm/dd |
|---|---|---|

PROYECTO: CONTI FREY | FECHA INSPECCIÓN | Semana del 10/03/25 al 16/03/25

Marque en las celdas con la letra según corresponda:
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

| 1. BOMBA DE INYECCIÓN | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARCA: REMI ROYAL | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 1.1 | Estado del cuerpo (CARCAZA) | | | | | | C | C | |
| 1.2 | Conexiones eléctricas | | | | | | C | C | |
| 1.3 | Estado de chumas, válvulas y tornillos | | | | | | C | C | |
| 1.4 | Estado del motor y pistones | | | | | | C | C | |
| 1.5 | Estado de mangueras (sin fisuras, ± 5.0 m) | | | | | | C | C | |
| 1.6 | Estado de tanque de combustible | | | | | | C | C | |
| 1.7 | Estado de manqueras y conexiones metálicas en fontanería | | | | | | C | C | |

| 2. MEZCLADOR | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARCA: KIA | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 2.1 | Estado general | | | | | | C | C | |
| 2.2 | Estado del motor | | | | | | C | C | |
| 2.3 | Estado de hoja | | | | | | C | C | |
| 2.4 | Estado de mangueras | | | | | | C | C | |
| 2.5 | Control de fugas de hidráulico | | | | | | C | C | |

El siguiente ítem es evaluado exclusivamente y le evaluará el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la celda SI o NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | | CUMPLE | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| 3.1 | Instrucciones de Operatividad. | | | |
| 3.2 | Pricilnas de Seguridad en Manejo de herramientas. | | | |

| INSPECCIONO | Vo. Bo Jefe Inmediato | SST FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Edward Elicio Acosta Suarez | Tec de Obra | |
| CC: 1007226275 | 1004060716 | |
| FIRMA: | | |

Alisa Custer
Res SST - AMB

CONSORCIO MINERACION
CERRO FASE 4

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código RG-SST-1054
VERSIÓN 01
Fecha 13/08/2024

PROYECTO: COMTO FASE 4

Semana del 10/03/25 al 16/03/25.

Marque con una equis con la casilla según corresponda
CUMPLE | NO CUMPLE | N/A (NO APLICA)

| 1. EQUIPO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 Cabina general | | | | | | | | |
| 1.2 Estructura general | | | | | | | | |
| 1.3 Estado del mástil / torre | | | | | | | | |
| 1.4 Sistema de izaje | | | | | | | | |
| 1.5 Cable de izaje / accesorios de izaje | | | | | | | | |
| 1.6 Estado de mangueras hidráulicas | | | | | | | | |
| 1.7 Estado de mangueras y accesorios neumáticos | | | | | | | | |
| 1.8 Estado cabina/asiento operador, reglamento y ergonomía | | | | | | | | |
| 1.9 Nivel de aceite motor | | | | | | | | |
| 1.10 Nivel de aceite hidráulico | | | | | | | | |
| 1.11 Extintor | | | | | | | | |

| 2. PERFORACIÓN / MARCA: | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 Nivel de aceite engranajes | | | | | | | | |
| 2.2 Estado de cables izaje | | | | | | | | |
| 2.3 Estado martillo de fondo / mangueras, nivel de lubricación y estado de la broca. | | | | | | | | |

NOMBRE DEL OPERADOR: CLAUDIO RUANA

SST: ALEX LOPEZ

El siguiente item se evaluará cumplimiento y/o evaluara el Jefe inmediato o SST de Campo
Marque con una equis SI o NO según corresponda

| 3. FACTORES HUMANOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 3.1 Idoneidad del Operador(a) | | | |
| 3.2 Practicas de Seguridad en Manejo / Mantenimiento | | | |
| 3.3 Cumple con los Lineamientos de Seguridad | | | |

OBSERVACIONES GENERALES:

Julisa Cuello.
Ess. AMB SST

CONSTRUCCIONES CIVILES

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código: SE-SST-F-044
VERSIÓN 01
Fecha 12/05/2024

PROYECTO

Semana del 10/03/25 al 16/03/25

Marque en las casillas con la letra según corresponda:
C: CUMPLE NC: NO CUMPLE N/A: NO APLICA

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. TORRE, PLATINA Y MAST | | | | | | | | |
| 1.1 Empuñaduras | | | | | | | | |
| 1.2 Estructura cónica | | | | | | | | |
| 1.3 Estado de pernos hexagonales | | | | | | | | |
| 1.4 Estado del mast | | | | | | | | |
| 1.5 Estado de pines con seguridad | | | | | | | | |
| 1.6 Control de fugas de combustible | | | | | | | | |
| 1.7 Estado de mangueras y abrazaderas hidráulicas | | | | | | | | |
| 1.8 Estado de indicadores (aceite motor, refrigerante, hidráulico) | | | | | | | | |
| 1.9 Estado de extintores | | | | | | | | |
| 1.10 Estado de botiquín | | | | | | | | |
| 1.11 Señales | | | | | | | | |
| 2. PARTES MECÁNICAS | | | | | | | | |
| MARCAR | | | | | | | | |
| 2.1 Estado de llantas en general | | | | | | | | |
| 2.2 Estado de frenos | | | | | | | | |
| 2.3 Estado martillo de fondo / cuña angular, nivel de lubricación y estado de la broca | | | | | | | | |

NOMBRE DEL OPERADOR: EDWIN PARADA

SST: ANGIE DIAZ

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo realizará el Líder Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 3.1 Uso de Elementos de Protección | | |
| 3.2 Protocolos de seguridad en Manuales de Herramientas | | |
| 3.3 Uso de cascos apropiados para la labor | | |

OBSERVACIONES GENERALES:

Julian Cuesta
Res SMS - SST

CÓDIGO: SST-108

# INSPECCION PREOPERACIONAL COMPRESOR

FECHA: 22/01/2024

VERSIÓN: 01

CODIGO EQUIPO: 001 OPERADOR: EDWARD PAEZ SEMANA DEL 10 AL 16 MES MARZO

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| El equipo no presenta fugas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Mangueras con abrazaderas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Estado Gancho para izaje | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Correas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Valvula de presion | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Tanque de combustible | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Llantas sin deficiencias | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Extintor | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Estructura de soporte en buen estado | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Cuña para las llantas | X | | X | | X | | X | | | | X | | X | |
| Nivel de aceite | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Valvula de aire | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Conexiones laterales | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Estado del Motor | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Orden y aseo al final de la maquina | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Indicador de combustible y manometro | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Estado general | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| FIRMA OPERADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA SST | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

Equipo Con Su Respectiva Protección Contra Derrumbes

SUPERVISOR: Angi Puesta

HORA INICIAL: 07:00 HORA FINAL: 17:00

Vo.Bo. Coord. Res. AMB - SST

**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA**

Inspeccionado por: [illegible]

Marca: [illegible] Tipo de maquina: MALLAF Modelo: [illegible] Hora inicio: 07:00 Hora final: 17:00

Ubicación: CUARTO FASE [illegible] Del día: 10 al día: [illegible] del mes de: MARZO

| Ítem | Criterio | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DOCUMENTACIÓN** | | | | | | | | |
| 1 | Certificado de inspección | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | **[illegible]** | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 3 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 4 | Sistema [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 5 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 6 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 7 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 8 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 9 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 10 | OBSERVACIONES | | | | | | | | |
| | **[illegible]** | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] de emergencia | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 3 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 4 | [illegible] de control [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 5 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 6 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 7 | OBSERVACIONES | | | | | | | | |
| | **[illegible]** | | | | | | | | |
| 1 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2 | Condición de los [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 3 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 4 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 5 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 6 | [illegible] | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 7 | OBSERVACIONES | | | | | | | | |

**[illegible]**

SE REALIZA [illegible] [illegible] A ADAPTADA [illegible] [illegible] DE [illegible]

Elaborado por: ALBERT [illegible]
Firma: [illegible]
Cédula: [illegible]

Revisado por: [illegible]
Firma: [illegible]
Cédula: [illegible]

[illegible] RES AMD - SST

| | | |
|---|---|---|
| | **INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BOMBA DE INYECCIÓN** | CODIGO AR-SST-1033<br>VERSIÓN 01<br>FECHA: 01/01/2025 |

PROYECTO: CODITO FASE 4 | FECHA INSPECCIÓN: Semana de 03/03/25 a 09/03/25

Marque en las casillas con la letra según corresponda:
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

| 1. BOMBA DE INYECCIÓN (1) | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARCA: NEW ROYAL | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 1.1 | Estado del cuerpo (CARCAZA) | C | | | | C | C | | |
| 1.2 | Conexiones eléctricas | C | | | | C | C | | |
| 1.3 | Estado de chapeta, válvulas y bloque | C | | | | C | C | | |
| 1.4 | Estado del motor y pistones | C | | | | C | C | | |
| 1.5 | Estado de indicadores (aceite motor, o.p.c.m) | C | | | | C | C | | |
| 1.6 | Estado de bloque de combustible | C | | | | C | C | | |
| 1.7 | Estado de mangueras y anque metálico de bomba. | C | | | | C | C | | |

| 2. REGULADOR | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARCA: | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 2.1 | Estado general | C | | | | C | C | | |
| 2.2 | Estado del motor | C | | | | C | C | | |
| 2.3 | Estado de tolva | C | | | | C | C | | |
| 2.4 | Ajuste de manómetro | C | | | | C | C | | |
| 2.5 | Cambio de fugas de líquidos | C | | | | C | C | | |

Si siguiente ítem no evaluado, mantenimiento y lo evaluará el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | | CUMPLE | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| 3.1 | Instrucciones de Operatividad | X | | |
| 3.2 | Prácticas de Seguridad en Manejo de Herramientas | X | | |

| INSPECCIONÓ | | Vo. Bo. Jefe Inmediato | SST FIRMA |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | ALBERT HDEZ | Yolusa Cuesta | |
| CC | 85.370.602 | | |
| FIRMA | | | |

CODIGO: SE-SST-105

FECHA: 22/01/2024

VERSION: 01

# INSPECCION PREOPERACIONAL COMPRESOR

CODIGO EQUIPO: 002 OPERADOR: EDUARDO P. SEMANA DEL 03 AL 04

MES MARZO 25

| ITEM | LUNES M | MARTES M | MIERCOLES M | JUEVES M | VIERNES M | SABADO M | DOMINGO M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El equipo no presenta fugas | X | X | | | | | |
| Mangueras con abrazaderas | X | X | | | | | |
| Estado llantas para traje | X | X | | | | | |
| Correas | X | X | | | | | |
| Valvula de presion | X | X | | | | | |
| Tanque de combustible | X | X | | | | | |
| Llantas sin cortaduras | X | X | | | | | |
| Extintor | X | X | | | | | |
| Estructura de soporte en buen estado | X | X | | | | | |
| Cuña para las llantas | X | X | | | | | |
| Medidor de aceite | X | X | | | | | |
| Válvula de alivio | X | X | | | | | |
| Componentes laterales | X | X | | | | | |
| Estado del Motor | X | X | | | | | |
| Orden y aseo al lado de la maquina | X | X | | | | | |
| Indicador de combustible y manometro | X | X | | | | | |
| Estado general | X | X | | | | | |

FIRMA

FIRMA OPERADOR: [signature]

FIRMA SST: [signature]

OBSERVACIONES: EL EQUIPO ES RETIRADO DE OBRA EL DIA MARTES 4 DE MARZO

SUPERVISOR: [signature]

HORA INICIAL: 07:00 AM HORA FINAL: 2:00 H.

LUNDIN GOLD

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código: FR-SST-1036
VERSIÓN 01.
Fecha: 23/05/2024

PROYECTO: CODITO FASE 4

Semana de: 03/03/25 al 01/10/25

Marque con (X) en la casilla de la información correspondiente
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

| | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CHECK LIST EQUIPO | | | | | | | | |
| 1.1 | Estado general | C | | | | | | | |
| 1.2 | Estructura cerrada | | | | | | | | |
| 1.3 | Estado de mangueras hidráulicas | | | | | | | | |
| 1.4 | Motor diesel | | | | | | | | |
| 1.5 | Estado de fajas de transmisión | | | | | | | | |
| 1.6 | Control de fugas de combustible | | | | | | | | |
| 1.7 | Estado de guayas | | | | | | | | |
| 1.8 | Estado de ganchos y abrazaderas | | | | | | | | |
| 1.9 | Estado de indicadores (nivel de aceite, refrigerante e hidráulico) | | | | | | | | |
| 1.10 | Aparejo de perforación | | | | | | | | |
| 1.11 | Poleas (Crown, Block, Sheave) | | | | | | | | |
| 1.12 | Cuñas | | | | | | | | |
| 1.13 | Cable | | | | | | | | |
| | CARTA DE PERFORACIÓN | | | | | | | | |
| | MARCA: | | | | | | | | |
| 2.1 | Estado de luces de cabina | | | | | | | | |
| 2.2 | Estado de luces de baliza | | | | | | | | |
| 2.3 | Estado de la torre de perforación (mangueras, nivel de aceite y estado de la broca) | | | | | | | | |
| | NOMBRE DEL OPERADOR | EDUARD | | | | | | | |
| | SST | | | | | | | | |

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo realizará el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

| | | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 3 | FACTORES HUMANOS | | | |
| 3.1 | Instructivos de Operación del Equipo | | | |
| 3.2 | Prácticas de Seguridad en Manejo de Herramientas | | | |
| 3.3 | Cuenta con los equipos de protección personal | | | |

OBSERVACIONES GENERALES: Equipo sin novedad

CONSORCIO PERFORACIONES
CORTO FASE 4

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código RE-SST-1030
VERSION 01
Fecha 12/5/2024

PROYECTO: CORTO FASE 4

Semana de: 03/03/25 a 09/03/2025

Marque con una equis (X) con la letra según corresponda
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

| | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. EQUIPO PERFORACION | | | | | | | | | |
| MARCA: CUMMINS | | | | | | | | | |
| 1.1 | Estado general | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.2 | Pernos de cabezote completos | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.3 | Estado de mangueras hidráulicas | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.4 | Estado de la polea | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.5 | Estado hidráulico de cilindros de elevación | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.6 | Cuñas de seguridad en buen estado | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.7 | Estado de mangueras y abrazaderas de hidráulicos | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.8 | Estado de indicadores (presión, motor, refrigerante, hidráulico) | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.9 | Ajuste de espárragos de la base | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.10 | Cadena de seguridad con seguro | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.11 | Luces delanteras | C | C | C | C | C | C | C | |
| 1.12 | Pitador | C | C | C | C | C | C | C | |
| 2. MONTACARGA | | | | | | | | | |
| MARCA: CUMMINS | | | | | | | | | |
| 2.1 | Estado general | C | C | C | C | C | C | C | |
| 2.2 | Estado de llantas (delanteras) | C | C | C | C | C | C | C | |
| 2.3 | Estado mecánico de la horquilla (puntas, angulo, nivel de lubricación y estado de la base) | C | C | C | C | C | C | C | |

NOMBRE DEL OPERADOR: EDUARD PINEDA

SST: ALBERT HOEZ

El siguiente item se evaluará únicamente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Cumplo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

| 3 FACTORES HUMANOS | CUMPLE SI | CUMPLE NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 3.1 Tranquilidad y/o Comodidad | X | | |
| 3.2 Práctica de Seguridad en Minutos de Inconvenientes | X | | |
| 3.3 Cuenta con los EPP requeridos para el Ingreso | X | | |

OBSERVACIONES GENERALES:

INSPECCION PRECOPERACIONAL COMPRESOR

CODIGO EQUIPO: 001

OPERADOR: EDUARD P.

SEMANA DEL 03 AL 09
MES MARZO

| ITEM | LUNES B | LUNES M | MARTES B | MARTES M | MIERCOLES B | MIERCOLES M | JUEVES B | JUEVES M | VIERNES B | VIERNES M | SABADO B | SABADO M | DOMINGO B | DOMINGO M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empaques no presenta fugas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Mangueras con abrazaderas | X | | X | | X | | X | | ✓ | | X | | | |
| Estado Gancho para izaje | ✓ | | X | | X | | X | | ✓ | | X | | | |
| Correas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Valvula de presion | ✓ | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Tanque de combustible | X | | X | | X | | X | | ✓ | | X | | | |
| Llantas sin cortaduras | ✓ | | X | | X | | ✓ | | X | | X | | | |
| Extintor | ✓ | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estructura de soporte en buen estado | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Cinta para las llantas | ✓ | | X | | ✓ | | ✓ | | X | | X | | | |
| Medidor de aceite | X | | X | | ✓ | | X | | ✓ | | X | | | |
| Valvula de alivio | X | | X | | X | | X | | ✓ | | X | | | |
| Compuertas laterales | X | | X | | ✓ | | X | | X | | X | | | |
| Estado del Motor | ✓ | | X | | ✓ | | X | | X | | X | | | |
| Orden y aseo al lado de la maquina | ✓ | | ✓ | | ✓ | | X | | X | | X | | | |
| Indicador de combustible y manometro | X | | X | | X | | X | | X | | ✓ | | | |
| Estado general | X | | X | | X | | X | | X | | ✓ | | | |

FIRMA

FIRMA OPERADOR EDUARD

FIRMA SST ALBERT H

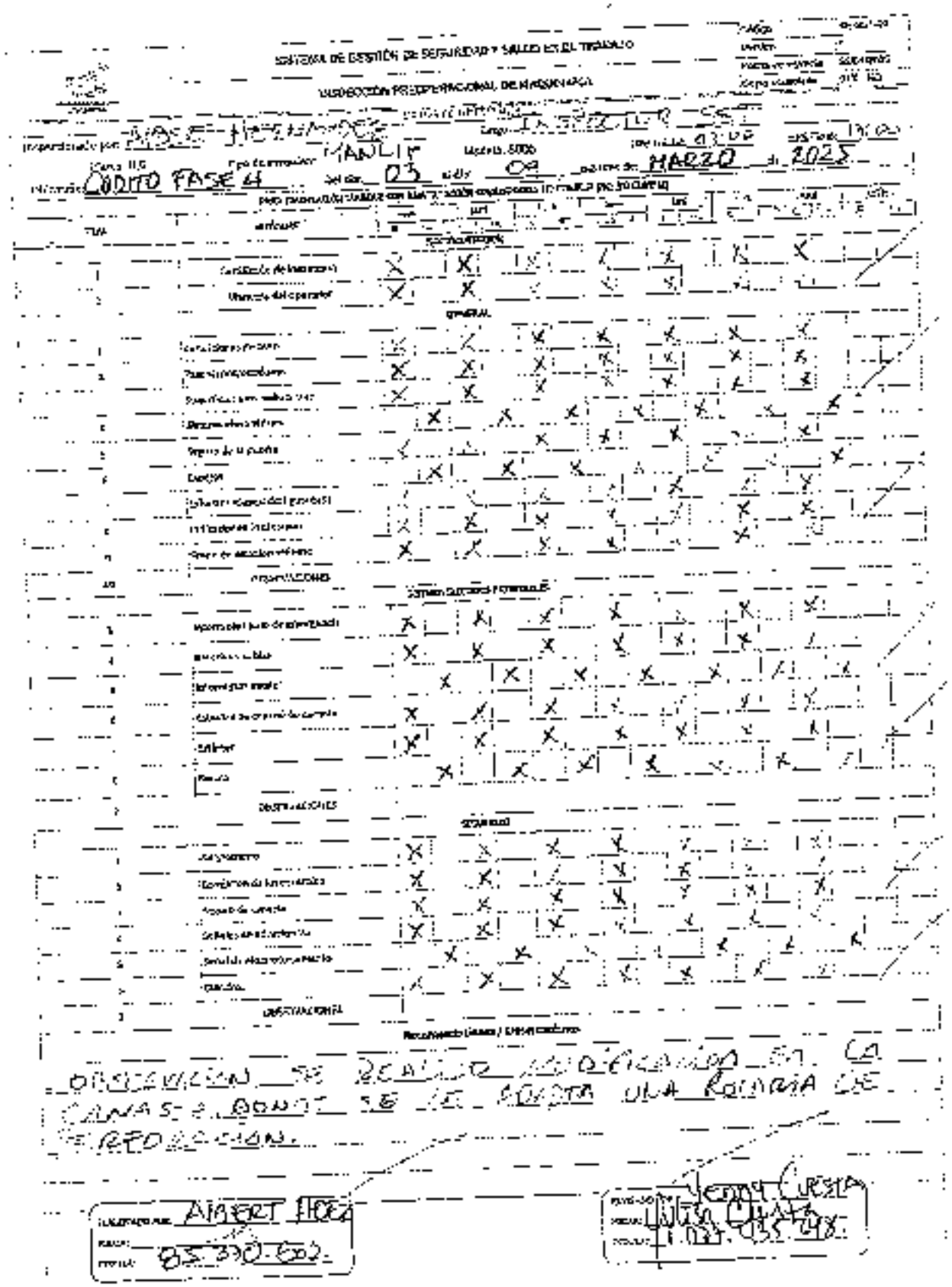
OBSERVACIONES:

Compresor Con su Respectivo Cubrimiento Parte Vertical

SUPERVISOR: Jenny Cuesta.

HORA INICIAL 07.00 AM

HORA FINAL 17:00 H



| | | | |
|---|---|---|---|
| Proyecto: | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | |
| | | Revisión | 1 |
| | INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL DE MAQUINARIA | Fecha aprobación | 21/07/2017 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Datos de inspección

Inspeccionado por: ANDRES HOEZ Cargo: INSPECTOR SST

Marca: HACK Tipo de maquina: VOLQUETA Referencia: DODGE No. Interno: 0200 Año Fab.: 1700

Proyecto: CODITO FASE 4 Fecha: 13 de marzo de 2023

Hoja Checklist para inspección pre-operacional de maquinaria (Volquetas)

| ITEM | DESCRIPCIÓN | Cumple | | No cumple | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | |
| PARTE DE ATRAS | | | | | | |
| Luces traseras | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Luces reversa | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Alarma reversa | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Extintores traseros | Se encuentra en buen estado y cargado | X | | X | | |
| Llantas | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Pitos de retroceso | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Espejos retrovisores laterales | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Señalización de seguridad | Si | X | | X | | |
| Cabinas | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Parabrisas | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Limpia brisas | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Cinturones de seguridad | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Extintores | Se encuentra en buen estado y cargado | X | | X | | |
| CABINA OPERADOR INTERNA | | | | | | |
| Pedal de freno | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Direccion | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Tacometro / Odometro / Horometro | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Estado de la bocina / claxon | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Espejos retrovisores / Espejo panoramico | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Cinturones | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Extintores | Se encuentra en buen estado y cargado | X | | X | | |
| PARTE DELANTERA | | | | | | |
| Luces delanteras | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Direccionales delanteras | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Luces de parqueo | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Estado de la bocina / claxon | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Espejos retrovisores / Espejo panoramico | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Cinturones de seguridad | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Extintores | Se encuentra en buen estado y cargado | X | | X | | |
| Parabrisas | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Limpia brisas | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Pitos de retroceso | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Espejos retrovisores | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Cinturones de seguridad | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Pito | Se encuentra en buen estado | X | | X | | |
| Extintores | Se encuentra en buen estado y cargado | X | | X | | |
| Frenos | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Luces | Se encuentran en buen estado | X | | X | | |
| Observaciones | Se encuentra en buen estado y cargado | | X | | X | |

Recomendaciones / Observaciones

Inspeccionado por: ANDRES HOEZ
Cargo:
C.C. 85.370.607

Aprobado por: YULIXA CUJIA
Cargo: SST
C.C. 1.037.473.548

Yulixa Cujia
Residente SST - AMS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA

Código: FO-SST-[illegible]
Versión: 1
Fecha de emisión: 23/04/2021
Página 1 de 1

Inspeccionado por: [illegible]

Marca: [illegible] Tipo de maquinaria: RETROEXCAVADORA Referencia: [illegible] Modelo: 2000 Placa: [illegible]

Operador: [illegible] Celular: [illegible] Edad: [illegible] Grupo sanguíneo: [illegible] RH: [illegible]

| ITEM | DESCRIPCIÓN | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| | **INSPECCIÓN VISUAL** | | | | | | | | | | | | |
| Luces delanteras | Funcionamiento y estado de luces | X | | X | | | | | | | | | |
| Luces traseras | Estado de luces de freno | X | | X | | | | | | | | | |
| Direccionales | Funcionamiento y estado de direccionales | X | | X | | | | | | | | | |
| Retrovisores | Estado y ajuste de espejos | X | | X | | | | | | | | | |
| Llantas | Estado de llantas y presión de inflado | X | | X | | | | | | | | | |
| Frenos de mano/pedal | Eficiencia de frenos | X | | X | | | | | | | | | |
| Pito | Funcionamiento del pito | X | | X | | | | | | | | | |
| Extintor | Estado y fecha de vencimiento | X | | X | | | | | | | | | |
| Botiquín | Estado y contenido | X | | X | | | | | | | | | |
| Cinturón de seguridad | Estado y anclaje | X | | X | | | | | | | | | |
| Nivel de aceite motor | Nivel y estado del aceite | X | | X | | | | | | | | | |
| Nivel de refrigerante | Nivel y estado del refrigerante | X | | X | | | | | | | | | |
| Nivel de líquido de frenos | Nivel y estado del líquido | X | | X | | | | | | | | | |
| Fugas visibles | Ausencia de fugas de aceite, agua o combustible | X | | X | | | | | | | | | |
| Estado general del motor | Ruidos anormales, humo, vibraciones | X | | X | | | | | | | | | |
| | **ZONA DE OPERACIÓN Y ALREDEDORES** | | | | | | | | | | | | |
| Área de trabajo | Señalización y delimitación de la zona | X | | X | | | | | | | | | |
| Estado del suelo | Terreno apto para maniobrar | X | | X | | | | | | | | | |
| Obstáculos aéreos | Ausencia de cables, ramas bajas | X | | X | | | | | | | | | |
| Personal en la zona | Distancia de seguridad con peatones | | | X | | | | | | | | | |
| Vías de acceso y salida | Estado y libre de obstáculos | X | | X | | | | | | | | | |
| Condiciones climáticas | Visibilidad y condiciones del clima | X | | X | | | | | | | | | |
| Estabilidad del terreno | Pendientes, zanjas, bordes de excavación | X | | X | | | | | | | | | |
| | **DOCUMENTACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
| Licencia de conducción | Vigente y categoría adecuada | | | X | | | | | | | | | |
| Tarjeta de propiedad | Vigente y a nombre del propietario | X | | X | | | | | | | | | |
| SOAT | Vigente y cubre la maquinaria | X | | X | | | | | | | | | |
| Revisión técnico-mecánica | Vigente y aprobada | X | | X | | | | | | | | | |
| Póliza de responsabilidad civil | Vigente y cubre la maquinaria | X | | X | | | | | | | | | |
| Manual del operador | Disponible en la maquinaria | X | | X | | | | | | | | | |
| Registro de mantenimiento | Actualizado y disponible | X | | X | | | | | | | | | |
| | **OBSERVACIONES / NOVEDADES** | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Nombre del operador: [illegible]

Firma: [illegible]

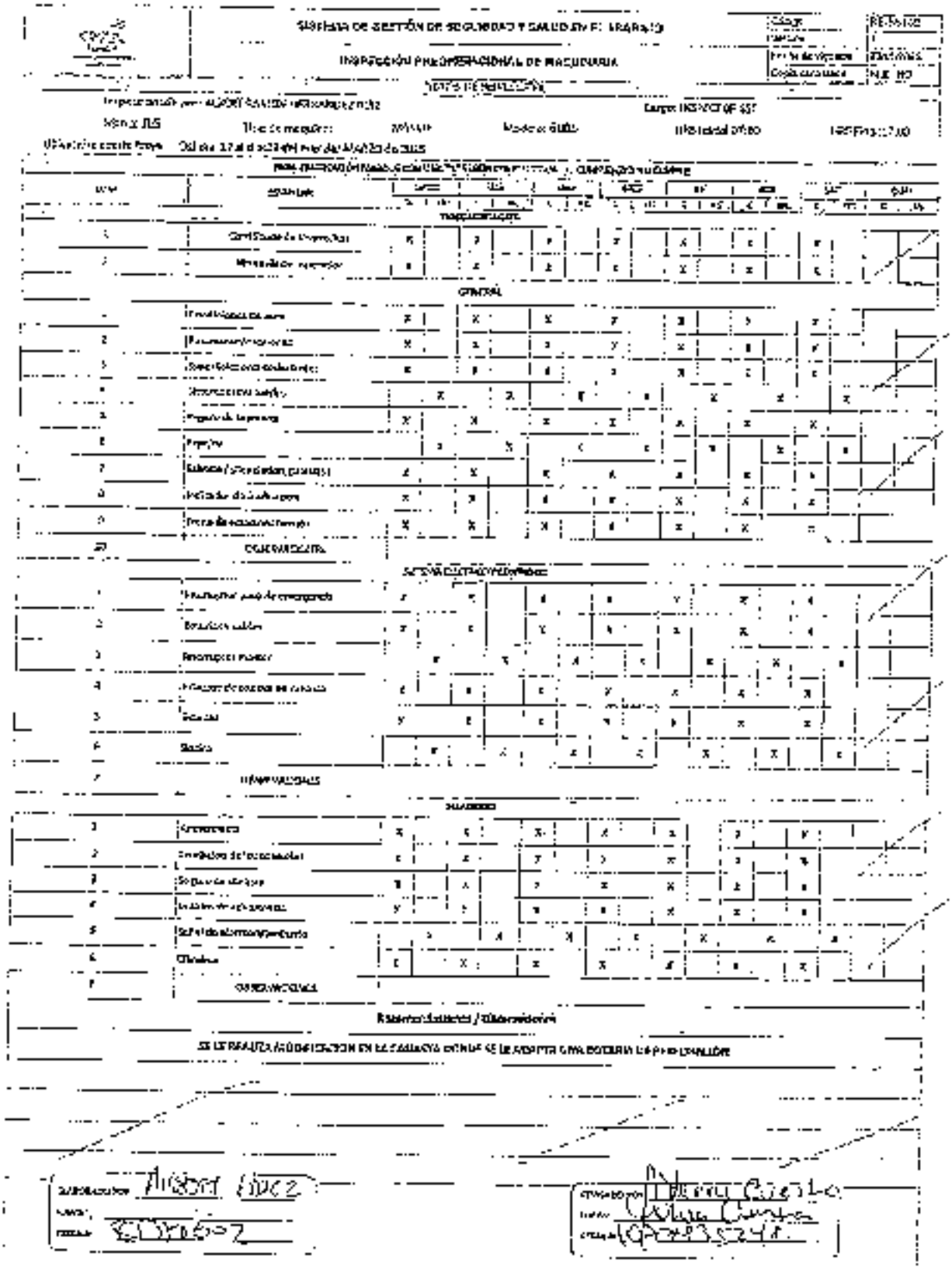
Cédula: 83.232.662

Nombre del responsable: [illegible]

Cargo: [illegible]

Firma: [illegible]

Vo.Bo. SST



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL DE MAQUINARIA

Cargo: INSPECTOR SST

Marca: JLG

Modelo: 600S

Horómetro: 3

Horómetro: 3

Observaciones generales: Obra sin 3.7 al 2.3 de Mayo de 2023 de 2023

Observaciones generales: Obra sin 3.7 al 2.3 de Mayo de 2023 de 2023

Nombre: Alison Cruz

Cargo: Inspector SST

Nombre: Oliver Cuesta

Cargo: Inspector SST

Oliver Cuesta
Resp. AMB SST

| | | |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BOMBA DE INYECCIÓN | CODIGO S.E.-S.S.T.-1003<br>VERSIÓN 01<br>FECHA: 05/01/2023 |

PROYECTO: Codigo Fase 4 | FECHA INSPECCIÓN: | Semana del 17 al 23/Marzo/25

Marque en las celdas con la letra según corresponda
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

**1. BOMBA DE INYECCIÓN** Brand Energía

| MARCA: | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 1.1 | Estado del cuerpo (CARCAZA) | | C | | | | | | |
| 1.2 | Conexiones eléctricas | | C | | | | | | |
| 1.3 | Estado de chapas, válvulas y bloque | | C | | | | | | |
| 1.4 | Estado del motor y polines | | C | | | | | | |
| 1.5 | Estado de instalaciones (pacho motor, etc.) | | C | | | | | | |
| 1.6 | Estado de tanque de combustible | | C | | | | | | |
| 1.7 | Estado de manguera y tanque indicador de boquilla | | C | | | | | | |

**2. MEZCLADOR**

| MARCA: | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 2.1 | Estado general | | C | | | | | | |
| 2.2 | Estado del motor | | C | | | | | | |
| 2.3 | Estado de tolva | | C | | | | | | |
| 2.4 | Estado de mezclador | | C | | | | | | |
| 2.5 | Control de fugas de lubricante | | C | | | | | | |

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluará el Jefe Inmediato o SST del Campo
(Marque con una X si es SI o NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | CUMPLE | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | |
| 3.1 Instrucciones de Operatividad. | X | | |
| 3.2 Practicas de Seguridad en Manejo de herramientas. | X | | |

| | INSPECCIONO | Vo.Bo Jefe inmediato | SST BRAND |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | ALBERT HDEZ | Julio Costa | |
| CC | 8.533.040.02 | SST Brand | |
| FIRMA | | | |

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL, EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código: HS-SST-1011
VERSIÓN 01
Fecha: 10/05/2024

PROYECTO: Cuerpo Vise 4 | Semana de: 10/3 al 13/03/26

Marque en la casilla con la letra que corresponda: C (CUMPLE), NC (NO CUMPLE), N/A (NO APLICA)

| | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. EQUIPO DE PERFORACIÓN | | | | | | | | | |
| MARCA: [illegible] | | | | | | | | | |
| 1.1 | Estado general | C | C | C | C | C | C | | |
| 1.2 | Estructura estable | | | | | | | | |
| 1.3 | Estado de mandos (controles) | | | | | | | | |
| 1.4 | Estado de [illegible] | | | | | | | | |
| 1.5 | Control de fugas en [illegible] | | | | | | | | |
| 1.6 | Estado de reguladores mecánicos | | | | | | | | |
| 1.7 | Estado de mangueras y niveles de [illegible] | | | | | | | | |
| 1.8 | Estado de indicadores (aceite motor, refrigerante, hidráulico) | C | C | C | C | | | | |
| 1.9 | Apoyo de enganche alto | | | | | | | | |
| 1.10 | Pastillas / bielas con seguro | | | | | | | | |
| 1.11 | [illegible] | | | | | | | | |
| 1.12 | Extintor | | | | | | | | |
| 2. ASPECTOS DE OPERACIÓN | | | | | | | | | |
| MARCA: [illegible] | | | | | | | | | |
| 2.1 | Estado de [illegible] en general | | | | | | | | |
| 2.2 | Estado de la cabina [illegible] | | | | | | | | |
| 2.3 | Estado manila de izaje (mosquetón, ojo de [illegible], ubicación y estado de la [illegible]) | C | C | C | C | C | C | | |

NOMBRE DEL OPERADOR: EDUARDO MUDDA

SST: [illegible]

Si alguno ítem se evaluará semanalmente y lo evaluará el Jefe inmediato o SST de Campo (Coloque en la casilla SI o NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 3.1 Instrucción de Operatividad | | | |
| 3.2 Prácticas de Seguridad y Manejo de Herramientas | | | |
| 3.3 Cuenta con la capacitación para labores | | | |

OBSERVACIONES GENERALES:

[illegible] Auxiliar de Apoyo SST

CONSORCIO MITIGACION
EPOCTO PAD 6

# INSPECCION PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código: RE-SST-1034
VERSION 01
Fecha: 13/08/2024

PROYECTO: COLINA AV

Semana del: 17/03/25 al 23/03/25

Marque con las casillas con un otro según corresponda
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

EQUIPO PERFORACION: 276

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 Estado general | | | | | | | | |
| 1.2 Estado del tanque | | | | | | | | |
| 1.3 Estado de mangueras hidráulicas | | | | | | | | |
| 1.4 Estado del motor | | | | | | | | |
| 1.5 Estado de fugas de combustible | | | | | | | | |
| 1.6 Estado de resguardos y protectores | | | | | | | | |
| 1.7 Estado de instrumentos y dispositivos de control. | | | | | | | | |
| 1.8 Estado de la batería (cable, polos, refrigerante e hidrolina) | | | | | | | | |
| 1.9 Apriete de mordazas | | | | | | | | |
| 1.10 Nivel de combustible según necesidad | | | | | | | | |
| 1.11 Estado | | | | | | | | |

CARTA DE POSICIONAMIENTO

| MARCAR | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 Estado general | | | | | | | | |
| 2.2 Estado de mangueras | | | | | | | | |
| 2.3 Estado del nivel de fondo (carro anclaje, nivel de alineación y estado de la cruceta) | C | C | C | C | C | C | | |

NOMBRE DEL OPERADOR: EDWIN MUÑOA

SST: [illegible]

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo aplicará el Jefe inmediato o SST de Campo
(Marque con la casilla SI/C NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | SI/CUMPLE | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 3.1 Fatiga laboral (No Operación) | | | |
| 3.2 Prácticas de Seguridad en Manejo de Herramientas. | | | |
| 3.3 Cumple con los epp establecidos para la tarea | | | |

OBSERVACIONES GENERALES:

Edwin Cortés SST-AMB

CODIGO DE SST: [illegible]

FECHA: 22/01/2024

VERSION: 01

# INSPECCION PREOPERACIONAL COMPRESOR

CODIGO EQUIPO: [illegible]

OPERADOR: [illegible] SEMANA DEL 17 AL 23

MES MARZO 2025

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| El equipo no presenta fugas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Mangueras con abrazaderas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado Gancho para izaje | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Correas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Valvula de presion | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Tanque de combustible | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Guayas en corredores | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Extintor | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Formula de soporte en buen estado | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Cinta para las llantas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Medidor de aceite | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Valvula de alivio | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Conjuntos tornillos | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado del Motor | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Orden y aseo al lado de la maquina | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Indicador de combustible y mantenimiento | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado general | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| FIRMA OPERADOR | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | | |
| FIRMA SST | [illegible] | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

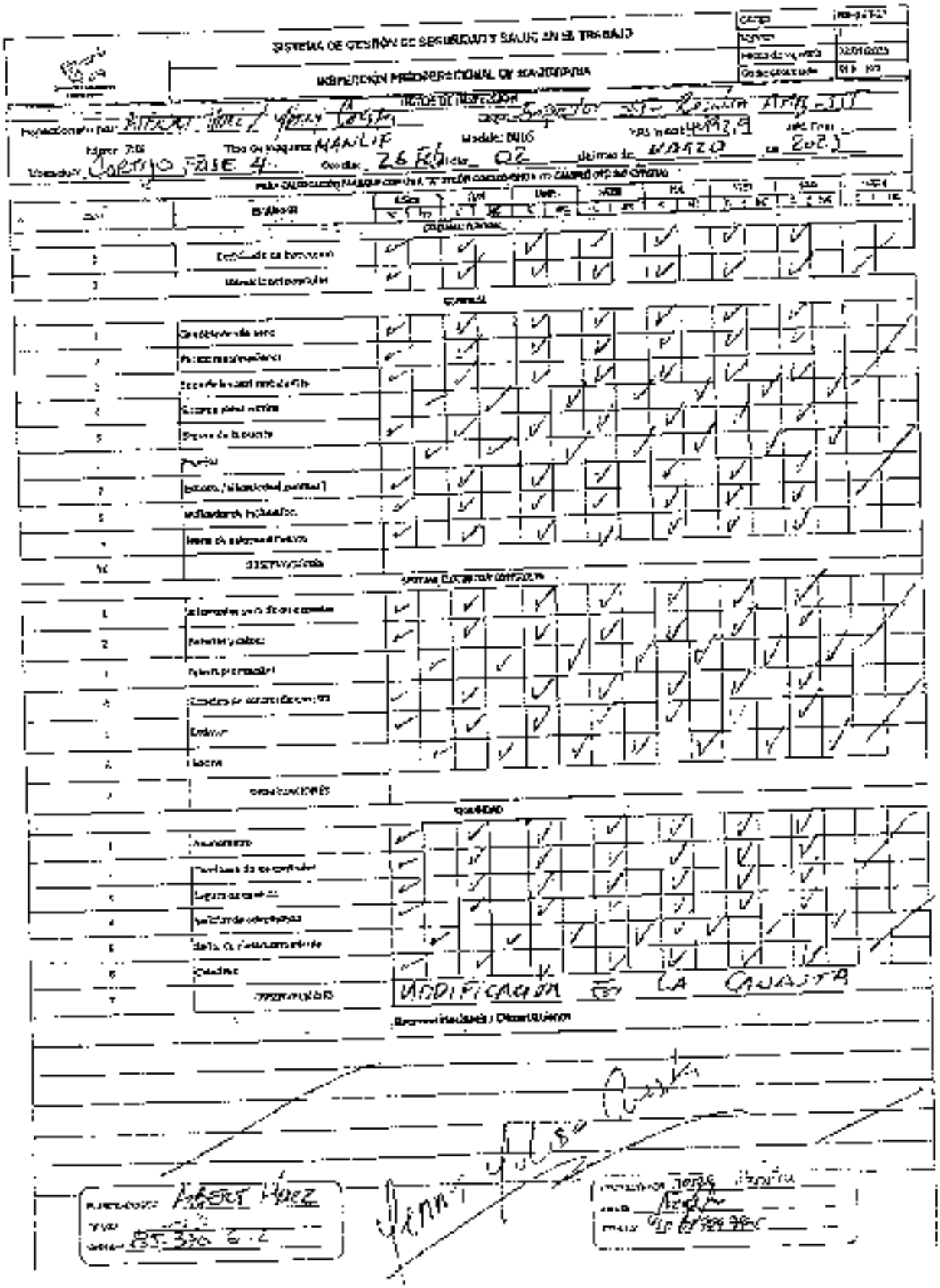
Todo bien su Respectiva Proteccion Con los Elementos

SUPERVISOR: [illegible]

HORA INICIAL: 07:00 HORA FINAL: 17:00

[illegible]

[illegible]


SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA
MODIFICADA EN LA CALIDAD

CODIGO: SST-108
FECHA: 22/01/2024
VERSIÓN: 01

# INSPECCION PREOPERACIONAL COMPRESOR

CODIGO EQUIPO: 001 OPERADOR: EDWIN SEMANA DEL 26 FEB AL 02 MARZO
MES FEB - MARZO

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| El equipo no presenta fugas | X | | | | | | X | | X | | | | | / |
| Amarres con abrazaderas | X | | X | | | | X | | X | | | | | |
| Estado Gancho para izaje | X | | X | | | | X | | X | | X | | | |
| Correas | X | | | | | | X | | X | | | | | |
| Valvula de presion | X | | | | X | | X | | X | | / | | | / |
| Tanque de combustible | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Llantas sin ponchaduras | X | | / | | X | | / | | X | | X | | | |
| Extintor | X | | X | | X | | / | | | | | | | |
| Estructura de soporte en buen estado | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | / |
| Cuña para las llantas | X | | X | | X | | / | | X | | / | | | |
| Nivel de aceite | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Valvula de alivio | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Componentes laterales | X | | X | | X | | X | | / | | / | | | / |
| Estado del Motor | X | | X | | X | | / | | / | | / | | | |
| Orden y aseo al lado de la maquina | X | | / | | / | | | | | | | | | |
| Indicador de combustible y motometro | X | | / | | / | | | | | | | | | |
| Estado general | X | | / | | | | | | | | | | | |
| FIRMA OPERADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA SST | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:
SE evalua sin Presentar Fallas

SUPERVISOR: Carol Cuesta.

HORA INICIAL: 07 00 HORA FINAL: 17:00

CODIGO: SST-108

FECHA: 22/01/2024

VERSIÓN: 01

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL COMPRESOR

CÓDIGO EQUIPO: 002 OPERADOR: EDWIN SEMANA DEL 26 AL 01

MES: Febrero - MARZO

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | E | M | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M |
| El equipo no presenta fugas | | | | | | | | | | | | | | |
| Mangueras con abrazaderas | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado Gancho para izaje | | | | | | | | | | | | | | |
| Correas | | | | | | | | | | | | | | |
| Válvula de presión | | | | | | | | | | | | | | |
| Tanque de combustible | | | | | | | | | | | | | | |
| Llantas sin cortaduras | | | | | | | | | | | | | | |
| Pedator | | | | | | | | | | | | | | |
| Extintor en buen estado | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuñas para las llantas | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel de aceite | | | | | | | | | | | | | | |
| Válvula de Alivio | | | | | | | | | | | | | | |
| Tornillos laterales | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del Motor | | | | | | | | | | | | | | |
| Orden y aseo al lado de la maquina | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicador de combustible y manometro | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado general | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA OPERADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA SST | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA

OBSERVACIONES:

SUPERVISOR: Wilmer Cortés

HORA INICIAL: 07:00 HORA FINAL: 17:00

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACION

Código: RE-SSY-1004
VERSION 01
Fecha: 13/05/2024

PROYECTO: POZO AICE

Semana de: 26-02-25 al 02-03-25

Marque en las casillas con la letra según corresponda
C: CUMPLE | NC: NO CUMPLE | NA: NO APLICA

| | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | Estado general. | C | C | C | C | C | | | |
| 1.2 | Estructura central | C | C | C | C | C | | | |
| 1.3 | Estado de mordazas / deslizantes | C | C | C | C | C | | | |
| 1.4 | Estado de [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 1.5 | Estado de [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 1.6 | Estado de mangueras mecánicas | C | C | C | C | C | | | |
| 1.7 | Estado de mangueras y abrazaderas hidráulicas. | C | C | C | C | C | | | |
| 1.8 | Estado conductores (arrastre motor, cilindro motor Numatic) | C | C | C | C | C | | | |
| 1.9 | Aprovechamiento [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 1.10 | [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 1.11 | [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 2.1 | Exterior | C | C | C | C | C | | | |
| 2.2 | [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| MARCA: | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
| 2.1 | [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 2.2 | Estado de [illegible] | C | C | C | C | C | | | |
| 2.3 | Estado nivel de fondo / nivel aceite, nivel de hidrocarburo y estado de la broca. | C | C | C | C | C | | | |

NOMBRE DEL OPERADOR: EDWARD

SST: ALBERT HOLGUIN CRUZ

El siguiente item se evaluara automaticamente y lo evaluara el Jefe inmediato o RSY de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

| 3. FACTORES HUMANOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 3.1 [illegible] de Operatividad. | C | | |
| 3.2 [illegible] de Seguridad en Manejo de herramientas. | C | | |
| 3.3 Cuenta con los elementos para [illegible] | C | | |

OBSERVACIONES GENERALES: SE RENUEVA HOJA DE VIDA

EDWARD [illegible]

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EQUIPOS DE PERFORACIÓN

Código: RE-SST-1024
VERSIÓN 01
Fecha: 2025/04/24

CONSORCIO EXPLORACIÓN COPITO ANDES

PROYECTO: COPITO ROSE 4

Semana del: 24/02/25 al 02-03-2025

Marque en las casillas con la letra según corresponda
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

| | | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | Estado general | | | | | | | | |
| 1.2 | Estructura carpeta | | | | | | | | |
| 1.3 | Estado de mangueras hidráulicas | | | | | | | | |
| 1.4 | Inspección de [illegible] | | | | | | | | |
| 1.5 | Control de fugas de combustible | | | | | | | | |
| 1.6 | Estado de seguridades mecánicas | | | | | | | | |
| 1.7 | Estado de mangueras y abrazaderas hidráulicas | | | | | | | | |
| 1.8 | Estado de indicadores (aceite motor, refrigerante, frenos) | | | | | | | | |
| 1.9 | Apriete de mordazas y ojo | | | | | | | | |
| 1.10 | [illegible] | | | | | | | | |
| 1.11 | [illegible] | | | | | | | | |
| 1.12 | Extintor | | | | | | | | |
| MARGEN | | | | | | | | | |
| 2.1 | [illegible] | | | | | | | | |
| 2.2 | Estado de cadena [illegible] | | | | | | | | |
| 2.3 | Estado malacate de izaje / mono riego, nivel de lubricación y estado de la broca | | | | | | | | |

NOMBRE DEL OPERADOR:

SST:

El siguiente ítem se evalúa después del mantenimiento y lo evaluará el Jefe inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

| | | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 3. FACTORES HUMANOS | | | | |
| 3.1 | [illegible] | | | |
| 3.2 | [illegible] | | | |
| 3.3 | [illegible] | | | |

OBSERVACIONES GENERALES: MANTENIMIENTO AL [illegible]

| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BOMBA DE INYECCIÓN | Consta de: R E - S E T - 1033<br>VERSION 01<br>FECHA: 02/01/2025 |
|---|---|---|

PROYECTO: COMO FASE 4 | FECHA INSPECCIÓN: Semana del 26/02/25 al 07/03/2025

Marque en las casillas de la tabla según corresponda
C (CUMPLE) NO (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

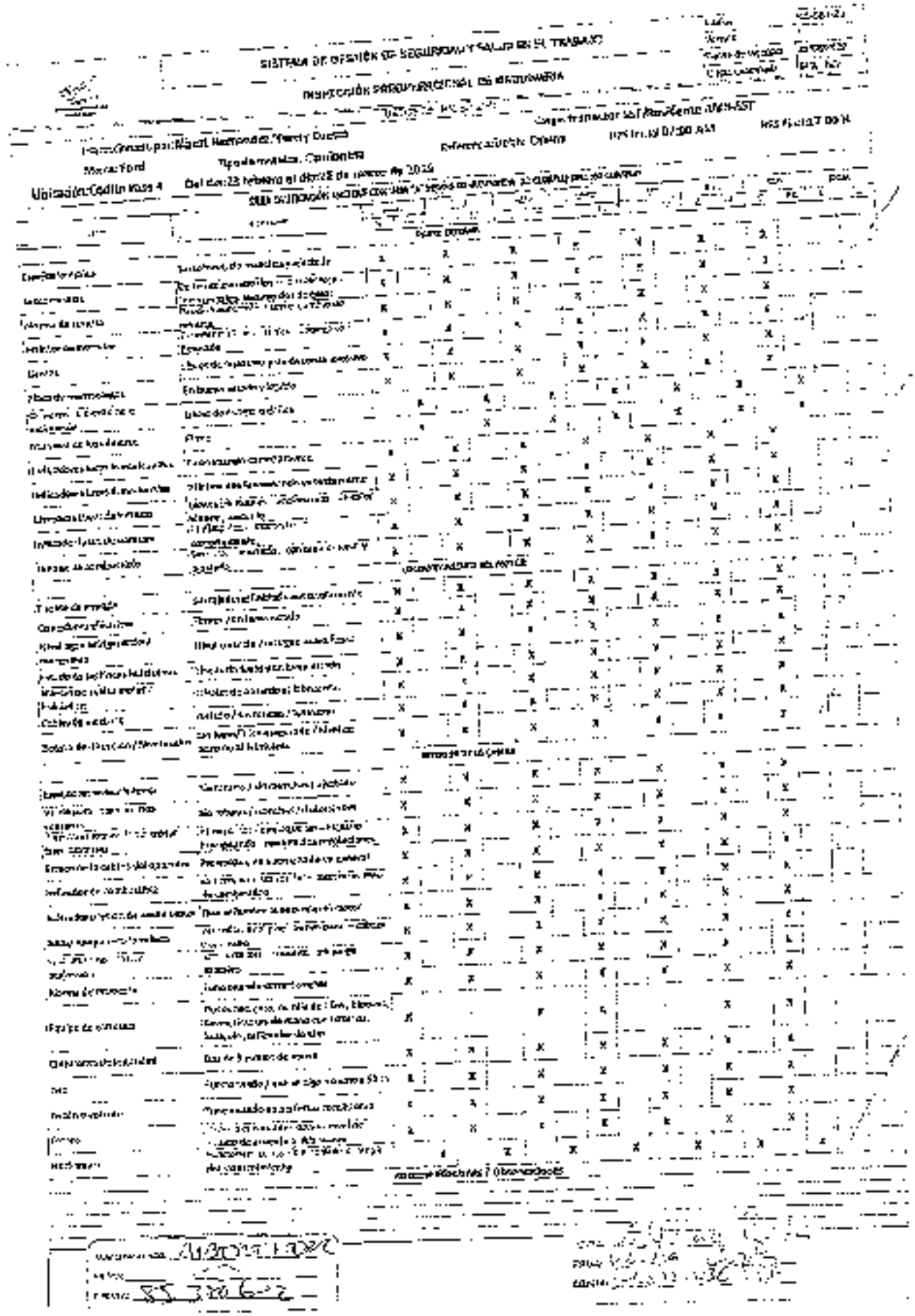
| 1. BOMBA DE INYECCIÓN | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARCA: BERO ROYAL | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 1.1 | Estado del bolsín (CARCAZA) | | | C | C | C | C | | |
| 1.2 | Conexiones eléctricas | | | C | C | C | C | | |
| 1.3 | Estado de duyes, válvulas y bronce | | | C | C | C | C | | |
| 1.4 | Estado de motor y pistones | | | C | C | C | C | | |
| 1.5 | Estado de refrigerante (aceite motor) AGUA | | | C | C | C | C | | |
| 1.6 | Estado de tanque de combustible | | | C | C | C | C | | |
| 1.7 | Estado de mangueras y tanque recolector de fugas | | | C | C | C | C | | |

| 2. MEZCLADOR | | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MARCA: | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 2.1 | Estado general | | | C | C | C | C | | |
| 2.2 | Estado del aceite | | | C | C | C | C | | |
| 2.3 | Estado de tubo | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | NO APLICA |
| 2.4 | Estado de mezclador | | | C | C | C | C | | |
| 2.5 | Control de fugas de lubricante | | | C | C | C | C | | |

El siguiente ítem se evaluará exclusivamente y lo diligenciará el Jefe inmediato o SST de Campo.
Marque la casilla SI ó NO según corresponda

| 3. FACTORES HUMANOS | CUMPLE | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | |
| 3.1 Inducción en la Operatividad | ✓ | | |
| 3.2 Prácticas de Seguridad en Manejo de Incidentes | ✓ | | |

| INSPECCIONÓ | | Vo.Bo Jefe Inmediato | SST/HSEQ/MA |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | ALBERT HOYOS | | |
| CC | 85.310.602 | | |
| FIRMA | | | |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIONES EQUIPOS

Fecha: 01/03/25 Ubicación: [illegible]

Inspeccionado por: [illegible] Cargo: [illegible]

Tipo de revisión: A [X] B [X] C [ ]

Estado: B=Bueno M=Malo N=No Usa (Uso) NA=No Aplica

| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNIDADES | CANTIDAD REQUERIDA | CANTIDAD EXISTENTE | FECHA DE VENCIMIENTO (si aplica) | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 375 ml | Unidad | 1 | [illegible] | 26.25 | [illegible] |
| 2 | ALFÓGUAN | Paquete | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 3 | APÓSITO o COMPRESAS NO ESTÉRILES | Unidad | 6 | [illegible] | N/A | B |
| 4 | BAJALENGUAS | Paquete por 20 | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 5 | CÓMPAR CLORACALA DULCE | Unidad | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 6 | CURAS | Paquete | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 7 | ELEMENTO DE BARRERA (MÁSCARA PARA RCP | Unidad | 1 | 0 | N/A | B |
| 8 | ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4" | Unidad | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 9 | GASAS ESTÉRILES PAQUETE | Paquete X 20 | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 10 | GUANTES DE LATEX PARA EXAMEN | Caja por 100 | 1 | 1 | N/A | B |
| 11 | INMOVILIZADOR FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO) | Unidad | 1 | 0 | N/A | B |
| 12 | INMOVILIZADORES o FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO) | Unidad | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 13 | PRESERVATIVOS | Unidad | 3 | 0 | N/A | B |
| 14 | SOLUCIÓN SALINA 250 ml o 500 ml | Frasco | 1 | [illegible] | NO USO | B |
| 15 | VENDA ESPIRAL LARGA (FAMILIA) | Unidad | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 16 | TAPABOCAS DESECHABLES | Unidad | 1 | [illegible] | N/A | B |
| 17 | TERMÓMETRO | Unidad | 1 | N/A | N/A | N/A |
| 18 | TERMÓMETRO DE MERCURIO O DIGITAL | Unidad | 1 | 1 | N/A | B |
| 19 | TIJERAS PUNTA ROMA | Unidad | 1 | 0 | N/A | B |
| 20 | VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 | N/A | B |
| 21 | VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 | N/A | B |
| 22 | VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 | N/A | B |
| 23 | VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 | N/A | B |
| 24 | VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS | Unidad | 1 | 1 | N/A | B |
| 25 | YODOPOVIDONA (SOLUCIÓN) | Frasco x 120 ml | 1 | 1 | FEB 26 | B |
| 26 | YODOPOVIDONA (POLVO ó UNGÜENTO) | Frasco x 120 ml | 1 | 1 | FEB 26 | B |

**CONDICIONES DEL BOTIQUÍN**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | ORDEN Y ASEO DE TODOS | |
| 2 | FÁCIL USO Y ASEO DE LOS ELEMENTOS | |
| 3 | SEÑALIZACIÓN | |
| 4 | UBICACIÓN | |

OBSERVACIONES:

[illegible]

[illegible]

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | RE-SST-19 |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | Fecha de aprobación | 24/01/2022 |
| | | Copia controlada | SI X NO |

Fecha: 01-03-25 Área: OFICINA - CAMPAMENTO

Inspeccionado y aprobado por: Yenni Cuesta - Albert Hernandez Cargo: R. SST - AMD - Fis. SIT

Estado: B = Bueno; M = Malo; NI = No Inicial; NA = No Aplica

| No. | Ubicación | Cantidad | Capacidad | Clase | Fecha última recarga | Cuerpo | Etiqueta | Manguera | Boquilla | Palanca | Seguridad | Manómetro (Gas) | Anillo de goma | Pintura | Señal | Instrucciones | Fecha próx. prueba hidrostática | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Campamento Obra | 1 | 10 L | ABC | Febrero 2025 | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| 2 | Oficina Obra | 1 | 10 L | ABC | Febrero 2025 | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

ELABORADO POR: ALBERT CRUZ
FIRMA:
CARGO: SST INGº 2

REVISADO POR: YENNI CUESTA
FIRMA:
CÉDULA: 1093932498

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROYECCIÓN PERSONAL

Código

Versión

Fecha de Aprobación

Página

FECHA: 11/03/25

REALIZADO POR: Jordi Cuesta / Albert Hdez

PROYECTO O CONTRATISTA: Consorcio Mitigación Tajo 4

CARGO: Residente SST Ayd / Encargado Obra

| ITEM | NOMBRE | CARGO | Casco o Gorra Anti golpes | Gafas de Seguridad | Protector Auditivo | Tapabocas desechable | Arnés cuerpo entero | Overol | Elementos de polluimiento Hydlus | Guantes Vaqueta | Guantes de Caucho Antiacido | Botas Material Seguridad | Bolso Cinturon Seguridad | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ALEXIR SOTO | AYUDANTE BOMB. | B | B | B | B | — | B | B | B | — | B | B | |
| 2 | EDUARD RIVERA | AYUDANTE | B | B | B | B | — | B | B | B | — | B | B | |
| 3 | JOSE LUIS RUIZ | ENCARGADO OBRA | B | B | B | B | B | B | B | B | — | B | B | |
| 4 | JORGE ARELLA | OPERADOR | B | B | B | B | B | B | B | B | — | B | B | |
| 5 | JOHN ANDRES ORTIZ | AYUDANTE | B | B | B | B | B | B | B | B | — | B | B | |
| 6 | CRISTIAN BARRERA | OPERADOR | B | B | B | B | B | B | B | B | — | B | B | |
| 7 | LINA MOSQUERA | INSP. SST | B | B | B | B | — | B | B | B | — | B | B | |
| 8 | HOVI ORTIZ | AYUDANTE | B | B | B | B | B | B | B | B | — | B | B | |
| 9 | LUIS PERALTA | AYUDANTE | B | B | B | B | B | B | B | B | — | B | B | |

OBSERVACIONES:

ELABORADO POR: ALBERT HDEZ

FIRMA:

CEDULA: 80.390.602

REVISADO POR: Jordi Cuesta

FIRMA:

CEDULA: 1037435248

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| | |
|---|---|
| Código | GP-SST-10 |
| Versión | |
| Fecha de Aprobación | 22/03/2022 |
| Copia controlada | SI NO |

INSPECCIÓN INSTALACIONES LOCATIVAS

FECHA: 03-03-25

AREA: Oficina y Campamento

INSPECCIÓN REALIZADA POR: Ana y Cinthia Mesa Hdz

CARGO: Res SST - Admin - Ing SST

(Estado: B = Bueno) Mo Malo; NO = No dispo) ... Xo Aplica)

| No. | LUGAR | INSTALACIONES SANITARIAS | | | | | | | | | | | | | | BAÑOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TOMA CORRIENTES | BOMBILLAS | ILUMINACIÓN | CIELOS | MUROS | VENTANAS | PUERTAS | ESPEJOS | CAVAS | PAREDES | PINTURA | TECHOS | EXTRACTORES | PISOS | CORTINAS | SANITARIOS | PUERTAS | BOMBILLAS | PISOS | PAREDES | LAVAMANOS |
| 1 | Oficina Mesa Campamento | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B |
| 2 | | B | N/A | B | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | B | N/A | N/A | B | B | B | N/A | N/A | N/A | B |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

ELABORADO POR: Mesa Hdz

FIRMA:

CEDULA: 87370621

REVISADO POR: Ana Cinthia Mesa Hdz

FIRMA:

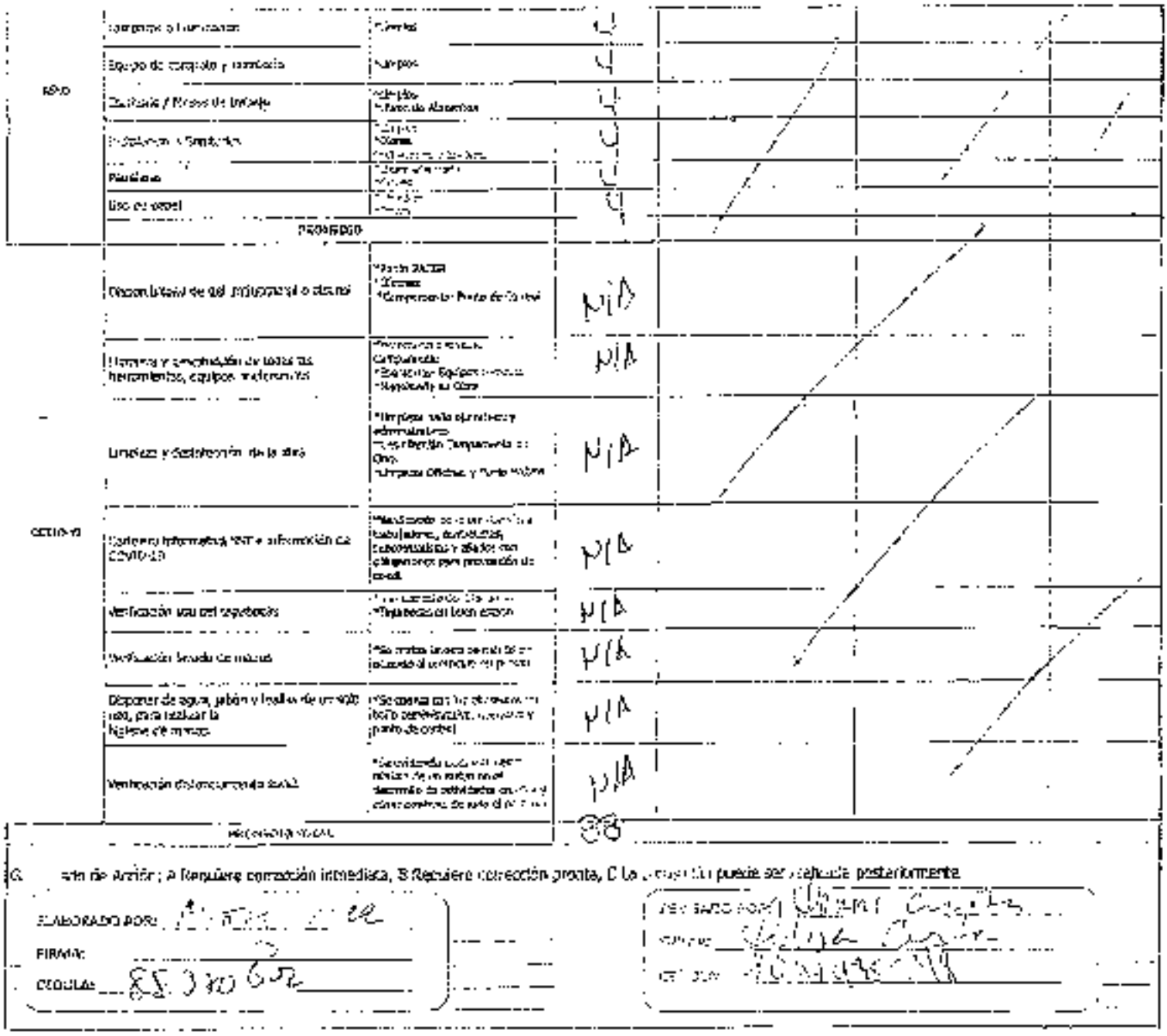
CEDULA: 1067935297

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código: | SG-SST-01 |
| | | Versión: | 1 |
| | INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO | Fecha vigente: | 22/03/2025 |

| Punto de Inspección: | Proceso o Área: | Piso: | Fecha de la Inspección: |
|---|---|---|---|
| ADMINISTRATIVA - OFICINA | SST- Ambiental | 1- Oficina | 22 / 03 / 2025 (dd / mm / aaaa) |

* Califique cada uno de los siguientes aspectos asignando un valor de 1 a 5, teniendo en cuenta que el mayor valor (5) significa que el aspecto evaluado no representa un riesgo y el menor valor (1) que el aspecto evaluado representa un riesgo inminente para la comunidad de la salud de las personas, siendo:
5= Excelente; 4= Bueno; 3= Regular; 2= Deficiente; 1= Pésimo o nulo

| UBICACIÓN | ASPECTO EVALUADO | | CALIFICACIÓN | HALLAZGOS | OBSERVACIONES GENERALES | O.A. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEGURIDAD | Instalaciones locativas | *Pisos y vidrios en buen estado<br>*Paredes en material o gridas<br>*Techos en buen estado<br>*Puertas en buen estado | 4 | | | |
| | Instalaciones eléctricas | *Situación de tomas eléctricas<br>*Tomas RETIE<br>*Cables expuestos<br>*Cajas de distribución con | 4 | | | |
| | Señalización | *Adecuada<br>*Ubicación<br>*Visible/ Adecuada | 4 | | | |
| | Equipo contra Incendios | *Señalizado<br>*Ubicación<br>*Fecha de vencimiento<br>*Visibilidad<br>*Dispone de extintor del equipo | 4 | | | |
| | Conservación de muebles y equipos | *Estado en general de muebles y equipos<br>Limpieza | 4 | | | |
| | Demarcación | *Estado de la demarcación<br>*Numeración de ubicación | 4 | | | |
| | Accidentabilidad | *Evidencia de un presentado accidentes en el área | 4 | | | |
| | Observancia Normas | *Observación general en puesto el cumplimiento de normas de seguridad en oficinas en general | 4 | | | |
| | HIGIENE | | | HALLAZGOS | OBSERVACIONES GENERALES | O.A. |
| ASEO | Disposición equipos | *Disposición de equipos en general que obstruyan el acceso locativo y vías de circulación<br>*Ubicados en el área destinada por equipo | 4 | | | |
| | Objetos en el suelo | *Presencia de residuos, cables, posibles riesgos de caídas, incluyendo los peligros o objetos almacenados en contacto con el piso | 4 | | | |
| | Aseo de equipos | *Presencia sobre el equipo de trabajo<br>*Signos de limpieza en piso | 4 | | | |
| | Objetos de uso personal | *Objetos personales que distraigan (electrónicos, celular, audífonos, computadores, tablet, libros, juegos, elementos contundentes | 4 | | | |
| | Objetos de uso laboral | *Ubicados (con la higiene, materiales, oficios o CUIDADO otro implemento (con un orden o no sin) | 4 | | | |
| | | *Riesgos de trabajo en forma ergonómica, aparatos en uso (con la adecuada postura de acuerdo a la actividad y riesgo) | 4 | | | |
| | PRODUCTO | | | HALLAZGOS | OBSERVACIONES GENERALES | O.A. |
| | Cintas rojas, verdes y Dinámicas | *Limpias | 4 | | | |
| | Puertas, cajas y Pisos | *Limpias | 4 | | | |



| | | | |
|---|---|---|---|
| EPP | Uniformes y Dotaciones | *Cantidad | 4 |
| | Equipo de cómputo y comunicación | *Cantidad | 4 |
| | Disponibilidad / Horario de trabajo | *Cantidad<br>*Horario de Atención | 4 |
| | Mantenimiento y Limpieza | *Cantidad<br>*Cantidad | 4 |
| | Parqueadero | *Cantidad<br>*Cantidad | 4 |
| | Uso de celular | *Cantidad<br>*Cantidad | 4 |
| | PROTOCOLO | | |
| | Disponibilidad de gel antibacterial o alcohol | *Punto DADEP<br>*Cantidad<br>*Componente Punto de Control | N/A |
| | Limpieza y desinfección de todas las herramientas, equipos y elementos | *Cantidad<br>Cantidad:<br>*Cantidad de Equipos<br>*Especifique su Otro | N/A |
| | Limpieza y desinfección de la silla | *Limpieza cada ciclo de uso y administrativa<br>*Cantidad de Componente de Oficina<br>*Limpieza Oficinas y Punto PADEP | N/A |
| COVID-19 | Capacitación Información VSP e información de COVID-19 | *Mantenimiento de las instalaciones, trabajadores, contratistas, colaboradores y aliados con compromisos para prevención de covid. | N/A |
| | Verificación uso del tapabocas | *Cantidad<br>*Tapabocas de tela estéril | N/A |
| | Verificación lavado de manos | *Se realiza lavado de manos de acuerdo al protocolo de la OMS | N/A |
| | Disponer de agua, jabón y toallas de un solo uso, para realizar la higiene de manos | *Se cuenta con los elementos de aseo (agua, jabón, toallas y punto de control) | N/A |
| | Verificación distancia mínima (1m) | *Cantidad<br>*Cantidad de un metro mínimo de distancia de separación entre y durante el turno de trabajo | N/A |
| | RECOMENDACIONES | | 88 |

C: ...ata de Acción; A Requiere corrección inmediata, B Requiere corrección pronta, C La ... puede ser ejecutada posteriormente

ELABORADO POR: [illegible]

FIRMA: [illegible]

CEDULA: [illegible]

REVISADO POR: [illegible]

CARGO: [illegible]

FIRMA: [illegible]

CONSORCIO ODBITO
FASE 4 GI-849

**ANEXO 2.6P**

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ,ENTREGA DE EPPS-CONTRATISTA**

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.P Elementos de Protección Personal, y Entrega de los Elementos de protección personal

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

| | |
|---|---|
| Codigo | FO-SST-041 |
| Version | 1 |
| Fecha de emision | 21/12/2023 |
| Dato aprobado | SI X NO |

ENTREGADO POR: ALBERT HERNANDEZ YEPEZ CARGO: INSPECTOR SST/ RESIDENTE AMB-SST

| DATOS PERSONALES | | | DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | NOMBRES Y APELLIDOS | # DE CEDULA | Casco de seguridad | Botas punta de acero | Gafas de seguridad | Protector auditivo tipo copa | Protector Auditivo tipo Incrustado | Tapabocas desechable | Tapabocas Respirador Material Particulado | Careta facial media cara | Guantes de vaqueta | Guantes de nitrilo | Overol | Uniforme de dotación | Chaqueta de abrigo | Chaleco reflectivo | Arnés de seguridad | Eslinga de posicionamiento | Kit de emergencia | Protector solar | Botiquin | Extintor | |
| 31/01/2025 | DAYANA AMARIS AVENDAÑO | 1078806*** | | X | | | X | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| 31/01/2025 | YANELA RAMIREZ ALVAREZ | 1045*****3 | | X | | | X | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| 31/01/2025 | YAIRA HAINALY GOMEZ HURTADO | 1007*****5 | X | | | | X | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 31/01/2025 | EDILBERTO RODRIGUEZ | 7***** | | X | | | X | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| 31/01/2025 | ALEXANDER QUIROZ BARRIOS | 1006*****5 | | X | | | X | | | | X | X | | | | | | | | | | | |

Yo, el trabajador abajo relacionado, he recibido la dotación y los elementos de protección personal relacionados y me comprometo a cumplir las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contemplan el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y el Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo de las PYMES.

Elementos de protección personal: Son todos aquellos equipos destinados a ser llevados o sostenidos por el trabajador con el objeto de protegerlo contra uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin. (DECRETO 1295 DE 1994, Art 23 y DECRETO 1072 de 2015 en su artículo 2.2.4.6.8), el presente compromiso estará regido en Seguridad y Salud en el Trabajo, consultando la normatividad vigente y aplicable en materia de Riesgos Laborales y demás normas concordantes y complementarias.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

| | |
|---|---|
| Codigo | FR-SST-XX |
| Version | 1 |
| Fecha de vigencia | 23/12/2025 |
| Copia controlada | SI X NO |

ENTREGADO POR: ALBERT HOZ / YENY CUESTA CARGO: TECNICOS SST - RESIDENTE AMC/SST

| DATOS PERSONALES | | | DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASEO | NOMBRES Y APELLIDOS | N° DE CEDULA | Casco de seguridad | Antiparras de vidrio y/o plastico | Botas de Seguridad | Protector auditivo tipo copa | Protector auditivo tipo Incrustacion | Tapabocas desechable | Gafas Panoramicas Plasticas | Camisa Jean manga larga | Guantes de carnaza | Arnes de cuerpo entero | Peto de Carnaza | Guantes de polivinilo o Nylon | Guantes Vinipiel | Gafas de Caucho Industriales | Pantalon en jean | Camisa en tela | Botas Media Seguridad | Botas Caucho Sanitarias | FIRMA RECIBIDO |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | YESICA ALEJANDRA CARDENAS AGUDELO | 1024522473 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | JUAN DAVID DIAZ CASTAÑEDA | 1073684913 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | CAMILO ALFREDO ROMERO PORRAS | 79740453 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | YENNY JULIETH CUESTA VILLAGRAN | 1014184246 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | JOSE MANUEL ENRIQUEZ DURAN | 4257892 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | ALBERT RAMON HERNANDEZ DIAZ | 85370538 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | ALBERTO MIGUEL VELASQUEZ | 80778413 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | CORTE MOSTA JAVIER ALEXANDER | 1090369720 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | LAVADOR LAUREANO LAZARO | 7586264 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |
| [illegible] | ALISON JANETH RODRIGUEZ TELLO | 1012321766 | | | X | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | |

Yo, [illegible], identificado(a) con cedula de ciudadania No. [illegible] expedida en [illegible], declaro que he recibido de manera gratuita y oportuna los elementos de proteccion personal descritos y marcados en el cuadro anterior, cuando estos sean requeridos para el desarrollo de mis labores. Me comprometo a hacer uso adecuado de los mismos, a mantenerlos en buen estado de conservacion y a reportar inmediatamente cualquier dano o perdida que sufran. Entiendo que el uso de estos elementos es obligatorio durante la ejecucion de mis actividades laborales y que su incumplimiento puede acarrear sanciones disciplinarias segun el reglamento interno de trabajo.

Usuario final (Empleado) Autorizacion para el tratamiento de datos personales: De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera previa, expresa e informada a [illegible] para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y tratar mis datos personales, incluyendo aquellos considerados sensibles, tales como mi imagen fotografica, huellas dactilares y datos biometricos, con la finalidad de gestionar la entrega de elementos de proteccion personal, cumplir con las obligaciones del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conservar evidencias de auditoria y dar seguimiento al cumplimiento de mis deberes y derechos como trabajador de [illegible].

ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

CONFORMASE: [illegible] ALCALDÍA DE BUCARAMANGA [illegible] CÓDIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO. [illegible] ALCALDÍA DE BUCARAMANGA.

Todos los elementos que se le entregan al trabajador deben ser devueltos al finalizar su contrato de trabajo, en caso contrario se descontará su valor.

FECHA: 04 - 03 - 25

# ENTREGA DE EPP MENSUAL

| NOMBRES | CEDULA | MOTIVO DE ENTREGA 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | FIRMA | CASCO CON BARBUQUEJO | GAFA | TAPA OIDOS | MASCARILLA | BOTA | GUANTE CARNAZA | GUANTE DE CAUCHO | GUANTE DE NITRILO | GUANTE DE LATEX | GUANTE DE VAQUETA | GUANTE DE CUERO | GUANTE DE NITRILO LARGO | GUANTE DE NITRILO CORTO | GUANTE DE NITRILO MEDIANO | GUANTE DE NITRILO | CHALECO REFLECTIVO | CHAQUETA REFLECTIVA | JEAN | CAMISA | CAMISETA | OVEROL | FIRMA DE RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUIS ALEJANDRO POSADA CARVAJALINO | 1007237773 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| CRISTIAN CAMILO CARREÑO BOHORQUEZ | 1193111492 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| JHON FREIMAN ORTIZ PALACIOS | 1098107880 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| JORGE LUIS ARCHILA PEREZ | 1063787732 | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JOSE CRISMAN RAMOS RODRIGUEZ | 1007380948 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JOHN FREDDY URIBE PALMERO | 1007[illegible]216 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUARDO ALEJANDRO TORRES SANCHEZ | 1007257386 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUIS DAVID MORALES MENDOZA | 1006434645 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | 1004[illegible]351 | | | | | | | X | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ENTREGÓ EPP

NOMBRE: [illegible]

CÉDULA: [illegible]

FIRMA: [illegible]

MOTIVO DE ENTREGA

- ORDINARIA : 1
- REPOSICIÓN : 4
- DEVOLUCIÓN : 2
- VERIFICACIÓN PARA : 5

OBSERVACIONES SOBRE MOTIVO DE ENTREGA

1. ORDINARIA: Entrega periódica de acuerdo a la vida útil del EPP
2. DEVOLUCIÓN: Reposición por desgaste del elemento
3. DAÑO: Reposición por daño del elemento
4. PERDIDA: Nueva entrega por pérdida del elemento

FIRMA DE QUIEN HACE LA ENTREGA

## ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

COMPROMISO: Me comprometo a utilizar adecuadamente y cuidar cada uno de los elementos de protección personal suministrados y mantener en perfecto estado, aseo y funcionamiento. Informar oportunamente cualquier anomalía que se presente con ellos y a reportar inmediatamente cualquier accidente de trabajo que me ocurra mientras los esté utilizando. Devolver los elementos cuando termine mi labor o cuando se me ordene hacerlo. Conozco que el incumplimiento de estas obligaciones me hará acreedor a sanciones disciplinarias de acuerdo con el reglamento interno de trabajo y lo establecido en el CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, ART. 58 Y 59 numeral 1, LEY 9 DE 1979 ARTÍCULO 84, LEY 1562 DE 2012. Si presento compromiso auditivo, me comprometo a asistir a las capacitaciones y a realizarme los exámenes periódicos de ALARMA DE COLOMBIA R.A.S.

Declaro bajo juramento que la talla de calzado y vestido que aparece en este documento corresponde a la que uso actualmente y que no he recibido dotación alguna por parte de otro empleador.

NOMBRE: LILIANA MARCELA ROJAS

Cédula: 1111873574

Fecha ingreso: 20
Fecha retiro: 9
Tipo contrato: 1a

ENTREGA DE DOTACIÓN

Código: F_DIC_185 | VERSIÓN: 1 | FECHA: 2/04/2025

| FECHA DE ENTREGA (DD/MM/AAAA) | MOTIVO DE ENTREGA 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | CAMISA | SUDC | PANTALÓN/FALDA | JEAN | CHAQUETA/SACO | GUANTES DE CUERO | GUANTES DE NITRILO | GAFAS DE SEGURIDAD | GAFAS OCUPACIONALES | BATA DESECHABLE | BATA DE MANGA LARGA | CHAQUETA DE CUERO | CHAQUETA IMPERMEABLE | CHAQUETA REFLECTIVA | CHALECO REFLECTIVO | CAMISETA POLO | TAPABOCAS | PROTECTOR CAPILAR | ZAPATOS CALZADO DE SEGURIDAD | BOTAS DE CAUCHO | BOTAS DE SEGURIDAD | CARETA DE SOLDADOR | CARETA FACIAL | CARETA SOLDADURA | GORRA | SOMBRERO | CASCO | ARNÉS DE CUERPO COMPLETO | SOLDADURA | LÍNEA DE VIDA | CHALECO | CAPOTE | FIRMA DE RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24/03/2025 | 1 | | | | | 2 | 1 | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |

MOTIVO DE ENTREGA

Cambio: 1 | Reposición: 2 | Ingreso: 3 | Terminación (Cambio): 4

DEFINICIONES SOBRE MOTIVO DE ENTREGA

1 CAMBIO: Entrega de dotación por deterioro normal
2 REPOSICIÓN: Reposición por pérdida o daño
3 INGRESO: Dotación por ingreso de personal
4 TERMINACIÓN: Dotación por retiro de empleado

FIRMA DE QUIEN ENTREGA (Empresa)

**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**ENTREGA DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | |
|---|---|
| Código | PR-SST-03 |
| Versión | 1 |
| Fecha de vigencia | [illegible] |
| Copia controlada | [illegible] |

ENTREGADO POR: Yesid Ruiz - Henri Cortés CARGO: Prof. SST - Coord. Ambiental SST

| FECHA | NOMBRE Y APELLIDOS | N° DE CÉDULA | Casco de seguridad | Barbuquejo de 3 puntos | Botas de Seguridad | Protector auditivo tipo copa | Protector Auditivo Silicona | Tapabocas desechable | Careta Protección Facial | Careta facial [illegible] | Guantes de caucho | Guantes [illegible] | Mangas de [illegible] | Guantes de poliuretano Nylon | Guantes Vaqueta | Guantes de Caucho Industrial | Pantalón en jean | Camisa de jean | Botas Media Caña Seguridad | Botas Caucho Seguridad | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3/08/15 | Luis Fernando Moreno | [illegible] 156 | X | X | X | | X | X | | | | | | X | | | X | | X | X | [signature] |

Me comprometo a ... los elementos de protección personal ... dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo ... [illegible]

[illegible] ... DECRETO 1295 DE 1994 Art 22 y DECRETO 1072 de 2015 ... en Seguridad y Salud en el Trabajo ... [illegible]

[signature] Prof. SST

ANEXO 2.5Q

# DOCUMENTACION MAQUINARIA-CONTRATISTA

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.Q Documentación Maquinaria

| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | [illegible] |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | DOCUMENTACIÓN DE MAQUINARIA Y VOLQUETAS | Fecha de vigencia | 2020-07 |
| | | Página | [illegible] |

[illegible]

[illegible]

| No. | DESCRIPCIÓN MAQUINARIA Y VOLQUETA | PLACA O N° | MARCA | MODELO | SERIE | CAPACIDAD (HP) | CERTIFICACIÓN | TIPO DE COMBUSTIBLE | REVISIÓN TECNICO MECANICA | SOAT | CERTIFICACIÓN AMBIENTAL | TARJETA DE OPERACIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EXCAVADORA JUNCHE | 28511 | ARGO 344698 | HCMRCBCEL3336160A | 2006 | 204HP | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 2 | EXCAVADORA VIKEK | N/A | 6419W370GB1333 | 1W2P284CXRW0 5817 | 1994 | N/A | 19/9/2016 | 20/9/2025 | 4000 | 19/9/2 | N/A | N/A | [illegible] |
| 3 | COMPRESOR DE AIRE | N/A | N/A | 9291 | 2005 | 4861-1 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 4 | UNIDAD DE POTENCIA | N/A | N/A | 45 | 2023 | 6784-9 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 5 | UNIDAD DE POTENCIA PERKINS | N/A | N/A | 2007 | 2313 | N/A | N/A | 4500 | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 6 | NIVEL AUTOMATICO TOPCON | N/A | N/A | WP1013K3 | AC8K-9 | 20A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 7 | ESTACION TOTAL KOLIDA | N/A | N/A | K100140 | KTS-442UR | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 8 | VOLQUETA INTERNATIONAL | N/A | 3531491 | 1HTEYAHT5EA703446 | 2014 | N/A | 20/9/2025 | 20/9/2025 | 5466 | 1947 | N/A | N/A | [illegible] |
| 9 | PLATAFORMA ELEVADORA TIJERA GOTICA | N/A | N/A | 3000035215 | 2015 | 34 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 10 | CAMIONETA FORD RANGER | N/A | MAJFXX61H | 1G0781 | N/A | N/A | 27/12/2024 | | 5841 | N/A | N/A | N/A | [illegible] |
| 11 | COMPRESOR ATLAS COPCO | N/A | PEW455Q48731 | 20170 | 2009 | 6484-9 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 03/06/2024 | [illegible] |

OBSERVACIONES: EL DIA QUE INICIE SU REPARACIÓN DE LA OBRA EL Compresor marca Atlas Copco.

REVISADO POR: [illegible]

FIRMA: [illegible]

CEDULA: [illegible]

| PROPIETARIO | ALQUILER DE COMPRESORES MG | |
|---|---|---|
| N° INTERNO | C H 06 | |

## FICHA TECNICA Y MANTENIMIENTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MARCA | ATLAS COPCO | ACEITE MOTOR | [illegible] | FILTRO AIRE | OK |
| SERIAL | [illegible] | MOTOR | MOTOR | FILTRO SEPARADOR | OK |
| MODELO | XAS 97 CD | ARRANCADOR | OK | ENFRIADOR | OK |
| CAPACIDAD PRESION | 375 CFM | CARENADO | OK | VALVULA SEGURIDAD | OK |
| ACTIVACION | DIESEL | ARRANCADOR | OK | SEPARADOR | OK |
| UBICADO EMPRESA | YAT 250739 | ACTIVACION | OK | BATERIA NUEVA | OK |
| MARCA MOTOR | JOHN DEERE | SILLIN CONDUCT | OK | MANOMETRO | OK |
| MOTOR MODELO | 2008 | [illegible] | OK | | OK |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ULT MANTENIMIENTO | 25 DE FEBRERO DEL 2025 | | CON | | PROX CAMBIO | |
| ACEITE EQUIPO | SI | 16/4 | FILTRO COMBUS | PARTAD 7555085 | FILTRO AIRE | RS 3971 |
| FILTRO DE ACEITE | SI | 87322 | FILTRO MOTOR | SI | FILTRO AIRE 2 | RS 3971 |
| ACEITE HIDRAULICO | SI | 46 | FILTRO HIDRAU | SI | | |

NOTA: CON EL FIN DE PROTEGER EL EQUIPO, CAMBIO DE ACEITE Y FILTROS EN GENERAL DEBEN REALIZARSE CADA 250 HRAS DE SERVICIO DE ACUERDO A LAS INSTRUCTIVOS

| REPARACIONES Y/O CAMBIOS | | FECHA | LECTURA DE HOROMETRO | |
|---|---|---|---|---|
| ALTERNADOR | | OK | ACOPLES SALIDA DE AIRE | OK |
| [illegible] SOLENOIDE | | OK | BOMBA AUXILIAR | OK |
| [illegible] TUBO DE [illegible] | | OK | BOMBA DE AGUA | OK |
| [illegible] | SILENCIADOR | OK | BOMBA DE INYECCION | OK |
| [illegible] | | OK | CABLES DE BATERIA | OK |
| [illegible] - RACORES Y CODOS UNIONO | | OK | CORREA VENTILADOR | OK |
| [illegible] DE AIRE - RACORES Y ANILLOS | | OK | EQUIPLINE | OK |
| [illegible] RADIADOR | | OK | [illegible] DE ACEITE HIDRAU | OK |
| [illegible] AIRE | | OK | FILTRO SEPARADOR/ACEITE | OK |
| [illegible] ACEITE | | OK | GATOS ESTABILIZADORES | OK |
| [illegible] TEMPERATURA | | OK | INSTALACION ELECTRICA | OK |
| [illegible] VOLTAMETRO | | OK | INTERCOOLER | OK |
| [illegible] ARRANQUE | | OK | MANGUERAS | OK |
| [illegible] DE TEMPERATURA | | OK | RADIADOR | OK |
| [illegible] SOLDADURA | | OK | REGISTRO AIRE | OK |
| [illegible] SOPLOY | | OK | [illegible] | OK |
| [illegible] | | OK | SOPORTES MOTOR | SI |
| [illegible] | | OK | TAPA RADIADOR | OK |
| [illegible] | | OK | TAPA COMBUSTIBLE | OK |
| [illegible] | | OK | TANQUE COMPRESOR | OK |
| [illegible] | | OK | [illegible] ENFRIADOR | OK |

REPARACION Y/O CAMBIO DE [illegible]

| | | | |
|---|---|---|---|
| [illegible] | | TRINQUETE [illegible] | |
| [illegible] | | [illegible] | |
| [illegible] | | [illegible] | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | | | |

ALQUILER DE COMPRESORES MG
MARIO C. GUTIERREZ
NIT. 1138 [illegible]-1

OBSERVACIONES



DEMOLICIONES - OBRAS POR CONTRATO - EQUIPOS PARA SOLADOS PLASTICO -
COMPRESORES 185, 210, 375 CFM -
MARTILLOS NEUMÁTICOS DE ATLAS Y PERFORADORES
NIT: [illegible]

## ESPECIFICACIONES TECNICAS



| | | |
|---|---|---|
| COMPRESOR MARCA | ATLAS | |
| CAPACIDAD | XAS375TE | |
| MOTOR | JHON DEER 4045HF | |
| MODELO | 2098 | |
| SERIE | 4560B13168R070170 | |
| COLOR | AMARILLO | |
| PESO | 1730 KG | |
| ARRANQUE | BUEN ESTADO | |
| ALTERNADOR | BUEN ESTADO | |
| ACEITE AL MOTOR | 15W40 MOBIL MOTOR DIESEL | 15/4 |
| ACEITE A LA UNIDAD | TELUX-TERPEL 68 | 20 1/4 |
| F. AIRE UNIDAD | CADA 250 HORAS | 2 |
| F.DE COMBUSTIBLE | CADA 250 HORAS | 1 |
| F.ACEITE MOTOR | CADA 250 HORAS | 1 |
| F.AIRE MOTOR | CADA 250 HORAS | 1 |

CARRERA 51B # 54 B 32 SUR Telefax: 4758497 - Cel: 3115925113- 3148116367
E-mail: alquilerdecompresoresmg@hotmail.com



| | |
|---|---|
| MAXIMA PRESION | 123 PSI |
| PRESION NORMAL | 103 PSI |
| REVOLUCIONES | 2400 RPM |
| TURBO | 4CYL/Turbo |
| BATERIA | 12V-625CCA |
| MEDIDAS | 3,78*1,82*1,81 (mt) |

CARRERA 51B # 54 B-62 SUR Telefax: 4758497 - Cel: 3115925113- 3148116367
E-mail: alquilerdecompresoresmg@hotmail.com

Años cerrados

DIAN

Declaración de Renta y Complementarios

500

2000

9001918466-3

# Atlas Copco Portable Air compressors



## XA(T,V)S 375 JD6 T3

**The next big thing is small**

Atlas Copco is the leading manufacturer of portable compressed air systems in the world, and through constant research and technology, smaller products are developed. The combination of performance, reliability, economy and convenience has resulted in an innovative range of single axle high capacity air compressors used in a variety of industries



*Sustainable Productivity*

Atlas Copco



The versions you need for all your specific applications

These portable compressors are workhorses. Powered by Atlas Copco's new C11 element for improved application efficiency, the XAS 375 JD6, XATS 375 JDx and the XAVS 375 JD6 are ideal for contracting applications, including sandblasting and plastering. The XC 3002 control module with LCD display puts integrated engine electronics for performance and diagnostics at your fingertips.

- Environmentally sensitive John Deere engine
- Low exhaust emission compliance
- Protected under widely varying climatic conditions, thermostated engine, large capacity oil cooling system, high efficiency heavy-duty in-voltage intake filters (with cartridge replacement indicators)
- Highly efficient oil cutoff/fill system means low oil consumption
- Large capacity fuel tank placed low for good road stability and easy filling
- Side swing doors for easy access to engine and components
- Few moving parts, minimum mechanical wear, compact and reliable, needing little maintenance

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nominal working pressure | 100 psi<br>7 bar | 150 psi<br>10 bar | 200 psi<br>13.8 bar |
| Actual free air delivery* | | 375 cfm<br>177 l/sec<br>637 m³/min | |
| Cooling system | | Air-cooled | |
| Oil capacity | | 4 gal<br>15 l | |
| Engine supplier | | John Deere | |
| Cooling system | | water | |
| Number of cylinders | | 4 | |
| Capacity of oil sump (approx.) | | 3.3 gal<br>12 l | |
| Capacity of fuel tank | | 38 gal<br>144 l | |
| Speed - operating (idle) | | 2400 RPM | |
| Speed - full load | | 2800 RPM | |
| Horsepower | 83.5 BHP<br>62.8 kW | 125 BHP<br>93.5 kW | 140 BHP<br>104.4 kW |
| Wheel mounted (LxWxH) | | 145x72x71 in<br>3683x1830x1803 mm | |
| Skid mounted (LxWxH) | | 130x65x68 in<br>3302x1651x1727 mm | |
| Wheel mounted – Dry | | 3510 lbs<br>1593 kg | |
| Wheel mounted – Wet | | 3660 lbs<br>1661 kg | |
| Skid mounted – Dry | | 3570 lbs<br>1620 kg | |
| Skid mounted – Wet | | 3810 lbs<br>1728 kg | |

* according to ISO1217 ed 3 1996 annex D
** complies with 2000/14/EC, 97/68/EC and EPA 40 CFR Part

Tier

Atlas Copco

U.S. Sales/Distribution Center
Atlas Copco Compressors LLC
1800 Overview Drive
Rock Hill, SC 29730
www.atlascopcousa.com

Tel. 803-817-7000
Toll 800-732-1134
Fax 803-817-7430

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027463951

| | | | |
|---|---|---|---|
| UFX343 | FORD | RANGER | 2011 |
| 2.500 | BLANCO NEVADO SICAPA | | PARTICULAR |
| CAMIONETA | DOBLE CABINA | DIESEL | 1000 - 5 |
| WUAT1AR1254 | | N | |
| 9FUFGAAW3BB01261 | | N | |

BUITRAGO RIOS JOSE OMAR

C.C. 7555[illegible]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 0 | |
| 9JQC10008140804 | | 34/05/2010 | A |
| 17/06/2010 | 14/10/2022 | | |

SONIA TREYNOV CUNDAR CALERA

L10700ZUN3F0P

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCION

No. 79429425

EDUARDO RODRIGUEZ VARGAS

15-10-1962 O+

10-05-2019

CONDUCIR CON LENTES X (EDUCACION DE IMPACTOS

SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIA AUTORIZADAS





1 0 6 3 5 1 4 2 2 9 4

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

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 176778338

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ C.D.A. YUMA

**NIT:** 901371968

**No. de Certificado de Acreditación:** 21-CDA-049

**Fecha de expedición:** 2024/10/25

**Fecha de vencimiento:** 2025/10/25

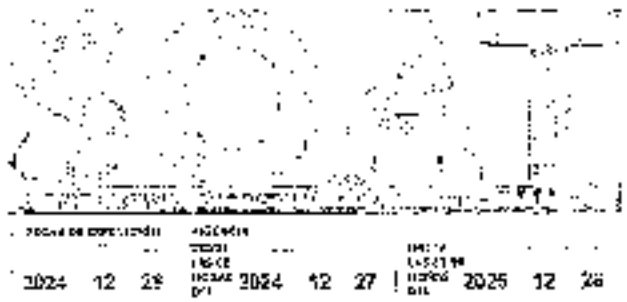
## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PLACA:** | UFX343 | **CLASE:** | CAMIONETA |
| **MARCA:** | FORD | **MODELO:** | 2011 |
| **SERVICIO:** | Particular | **COMBUSTIBLE:** | DIESEL |
| **CILINDRAJE:** | 2500 | **NRO. MOTOR:** | WLAT1161284 |
| **NRO. CHASIS:** | 9FJTC84WXB0101281 | **VIN:** | 9FJFC84WXB0101281 |
| **LÍNEA:** | RANGER | | |
| **COLOR:** | BLANCO NEVADO BICAPA | | |

**NOMBRE PROPIETARIO:** JOSE O. BUITRAGO R.

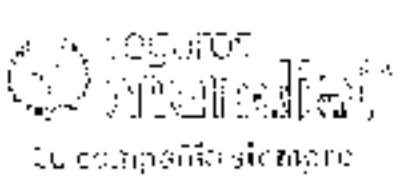
**FIRMA DEL RESPONSABLE**

GERMAN ROLANDO MOLANO MORALES



| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DESDE | | | HASTA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 12 | 28 | 2024 | 12 | 27 | 2025 | 12 | 26 |





| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 89426337 - 341010042 | UFX343 | CAMPEROS Y CAMIONETAS | PARTICULAR | 2500 | 2017 |

| PASAJEROS | MARCA | FORD |
|---|---|---|
| 5 | LÍNEA VEHÍCULO | RANGER |

CARROCERÍA: DOBLE CABINA

| No. MOTOR | No. CHASIS O SERIE VIN | No. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|
| WLATS61284 | 9FJFC84WXRB101221 | 9FJFC84WXRB101284 | 0,00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | IDENTIFICACIÓN TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| JOSE BUITRAGO RIOS | 3036562885 | CC | 79374459 | CHICONTA |

| CÓDIGO DE ACTIVIDAD | CÓDIGO DE CLASE DE RIESGO | CLAVE PRODUCTO | No. ELABORACIÓN | CANAL COMERCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 1317 | 14 | 80000957 | 89426337 | 1100 |

| TARIFA | VALOR FIJO | CONTRIBUCIÓN FONDOS | TOTAL PAGO |
|---|---|---|---|
| 22 | $ 803.209 | $ 417.890 | $ 2.160 |

VALOR ASEGURADO

$ 1.222.300

| | | |
|---|---|---|
| AMPAROS ADICIONALES | | |
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13[1] 701,66[2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

FIRMA AUTORIZADA

¡GRACIAS QUE CON NUESTRO SEGURO TE CUIDO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN DE TU SOAT!

Ver capítulo Amparos donde te explicamos los accidentes de tránsito y protección patrimonial en daños a terceros.

Para mayor información consulta el Clausulado aprobado para este SOAT ingresa en www.segurosbolivar.com.

**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**
•Presente personalmente o por intermedio de terceros este documento en cualquier momento.
•Conserve este documento durante el período indicado en el RUNT.
•Este seguro le garantiza el cubrimiento de daños causados a terceros por el uso del vehículo automotor descrito en este documento, de acuerdo con el amparo otorgado por todos los conceptos de atención de víctimas de accidentes de tránsito.
•Este seguro no cubre daños a vehículos.

**En caso de accidentes de tránsito:**
•Si usted o terceras personas, deben ser atendidas por el prestador de servicios de salud inscrito en la red del asegurador, comparezca a la clínica para solicitar la atención inmediata por urgencias.
•Diligencie el formulario de reclamación de víctimas de accidentes de tránsito y anexe los documentos requeridos (Artículo 10 Decreto 056 de 2015). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos: el asegurado y/o la compañía ante el Fosyga debe radicar la reclamación dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha del accidente.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos**
Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición de este seguro adquirido la asegurada tuviera que actualizarse antes una póliza vigente cargada al RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie a partir de la fecha en que se pierda la vigencia de la póliza anterior.

**Habeas data**
Seguros Bolívar es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales. Los cuales serán recolectados con la finalidad de dar cumplimiento a la relación del contrato de seguro, para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual puede ser consultada en [illegible]. Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y el mecanismo dispuesto para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar los datos personales sensibles o de relacionados con niños, niñas y adolescentes.

**Topes de reducción gastos médicos**
Marcar los siguientes códigos: 010, 110, 120, 160, 180, 210, 211, 212, 220, 221, 222, 610, 810, 850...
Decreto 2644 de 2022
Póliza de depósito con firma escalada de: COMPAÑIA [illegible]
Digitally signed by COMPAÑIA [illegible] DE SEGUROS S.A.
Date: 2024.12.28 10:57:00 -05'00'





M

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

**No. 26011**

| NO. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| MC047751 | HITACHI | ZX130 | 2009 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | NO. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | EXCAVADORA | HCMSCB00L09201909 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| NARANJA | 4BG1-944006 | ORUGAS |

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 13200 Kg | 2750 mm | 2600 mm | 7610 mm |

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): AGRIL BERRAL JOSE JOVANNY

IDENTIFICACIÓN: C.C. 79.965.673

ADQUIRIENTE APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR: STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICION | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 30-09-2016 | 10-12-2016 | |

| ORIGEN | DOC. IMPORTACION | FECHA DE LEVANTE |
|---|---|---|
| IMPORTACIÓN | 48201100012765 | 19/04/2011 |



ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM02000019080

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

Año 2011

Número de formulario: 482011000127684-1

AGENCIA DE ADUANAS ... S A S NIVEL 2

... GARCIA WILLIAM ...

... SUD ... 2C 28265 ...

| Concepto | % | Base | Total Liquidado ($) | Total a pagar declaración (...) | Total ... |
|---|---|---|---|---|---|
| Arancel | [illegible] | [illegible] | 6,662,000 | 6,662,... | |
| IVA | 16 | [illegible] | 33,492,000 | 33,492,... | |
| | | | | | |
| Total | | | 39,... | | |

Pago Total $ 39,...

Número ... 482011000127684

Fecha 2011-04-19

2011-04-19

Fecha de Impresión: 2011-04-... 

20113155756420

Serie ZAXIS-3

# ZAXIS




## EXCAVADORA HIDRÁULICA

- Código de modelo: ZAXIS...
- Potencia de regimen (líder motor): ... kW (... hp)
- Peso operativo: ZX...: ... - ... kg
  ZX...: ... - ... kg
- Cazo de retrocargadora: SAE: ... m³
  CECE: ... m³

SERVIHITACHI
REPUESTOS PARA RETROEXCAVADORAS SERVICIO

DE REPARACION Y MANTENIMIENTO A NIVEL NACIONAL



# *CERTIFICACION OPERATIVA Y FUNCIONAL DE MAQUINARIA Y EQUIPOS*

Se realiza la inspección, prueba de operación y funcionamiento al equipo descrito a continuación:

| | |
|---|---|
| Clase: | EXCAVADORA |
| Marca: | HITACHI |
| Modelo: | 2008 |
| Linea | ZX130 |
| Registro | MC047751 |
| Motor | 4BG1-944008 |
| Color | NARANJA |
| Propiedad | JOSE JOVANNY ABRIL B. |
| NIT | 79965673 |

Como resultado se obtiene que el equipo se desempeñó adecuadamente, por lo que a la fecha es apto para operar en obras civiles y de ingeniería, debido a que no se evidenciaron ni detectaron fugas de ninguna clase de fluido, producir bajas emisiones de gases contaminantes y de niveles ruido, contar con los instrumentos de control y en correcto funcionamiento.

Por lo anterior, certifico que esta máquina se encuentra en óptimas condiciones técnicas y mecánicas acordes a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.

Se expide esta certificación a los 4 días del mes de febrero del año 2025

a solicitud del interesado.

Atentamente.

Atentamente,
SERVIHITACHI

Julián G[illegible]
Ingeniero Mecánico.
Jefe de mantenimiento
Matrícula Profesional.CN2020-84714
Anexo: Copia de mi tarjeta profesional

Miguel Venegas M.
MIGUEL VENEGAS MARTINEZ
Gerente

CRA 40 # 36-35 Sur Bogotá D.C. Teléfono:
Cel: 3209919500 Mail: servihitachi@hotmail.com

ABRIL
DemoExcava S.A.S.

NIT 900.303.440-3
CARRERA 54ª # 167ª -32
TELEFONO 6716015
WWW.ABRILDEMOEXCAVASAS.COM

Bogotá, D. C , 04 de febrero Del 2025

Señores:

**CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4**

Yo Nelson Libardo Abril Bernal, Identificado con C.C. No 79961368 Como Representante Legal de la empresa ABRIL DEMOEXCAVA S.A.S con NIT 900.303.440 – 3, expreso nuestro compromiso de realizar los mantenimientos preventivos y correctivos de acuerdo con lo estipulado por el fabricante a la retroexcavadora HITACHI ZX 130, modelo 2008, serie No HCMBCB00L00201906

Agradezco la atención prestada

Cordialmente,

ABRIL
DEMOEXCAVA S.A.S
NIT: 900.303.440 - 3

**NELSON LIBARDO ABRIL**
**REPRESENTANTE LEGAL**

Cri ARENAS

1.012.344.646

iiero MECÁNICO

cula CN230-84714

Resol. Secc. 23

Bogotá, 03 de marzo del 2025

Señores

ALCART DE COLOMBIA SA NIT 901496834-1

CERTIFICA QUE

Se realiza una primera inspección para determinar fallas que asisten al motor

Caterpillar 3306 unidad correspondiente al compresor 9000.

1) Encontrando fallas en tiempo de inyección.
2) Fallas en ajuste de válvulas.
3) Falla en turbo alimentador las cuales fueron corregidas según las especificaciones del manual del equipo para un óptimo funcionamiento, igual que el turbo alimentador cumpliendo con las normas originales CAT

Cordialmente
Solo turbos jc
Nit 51906166

**ANEXO 2.5R**

**TRABAJOS EN ALTURA,PERMISOS DE TRABAJO ,ATS,HOJA DE VIDA EQUIPOS**

**Contrato 042 de 2024**



Anexo 2.5.R. Trabajos en alturas, Permiso de trabajo, Formato ATS

CONTROL MITIGACION COSTO FIJO

LECHADA INYECTADA VARILLAS - PERFORACIONES

21-02-25 AL 01-03-2025

Julio Robinzon

CAUSAS

CONSORCIO VITEACION CORTO FASE 4
SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

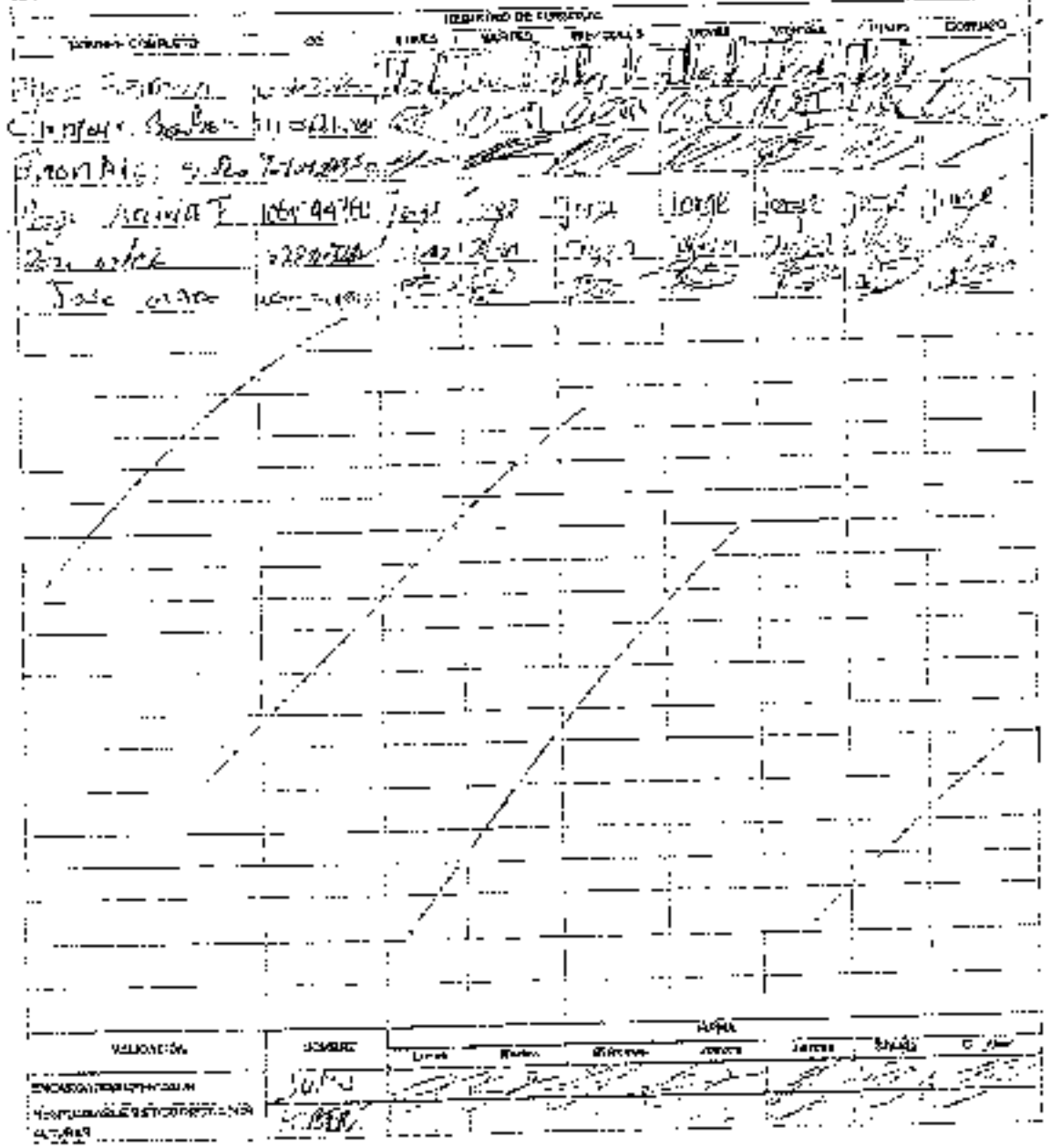
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

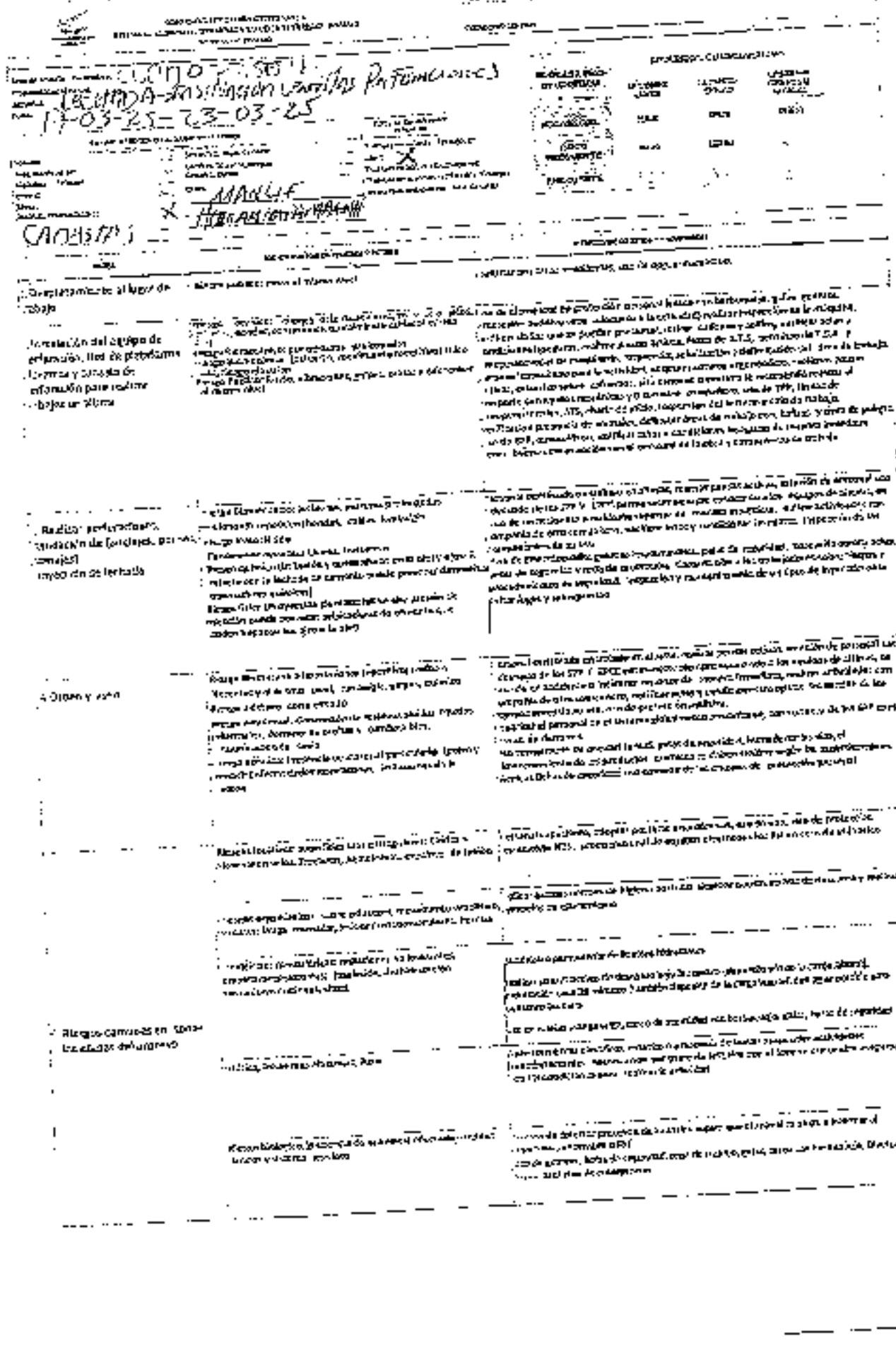
CONSORCIO MITIGACION FASE I
LECHADA - FUSTIGACION VARILLAS - PERFORACIONES
10-03-2025 AL 16-03-2025

DANIEL SOLANO

CANUTAS

CONSORCIO MITIGACION CORTO PASO 4
SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO





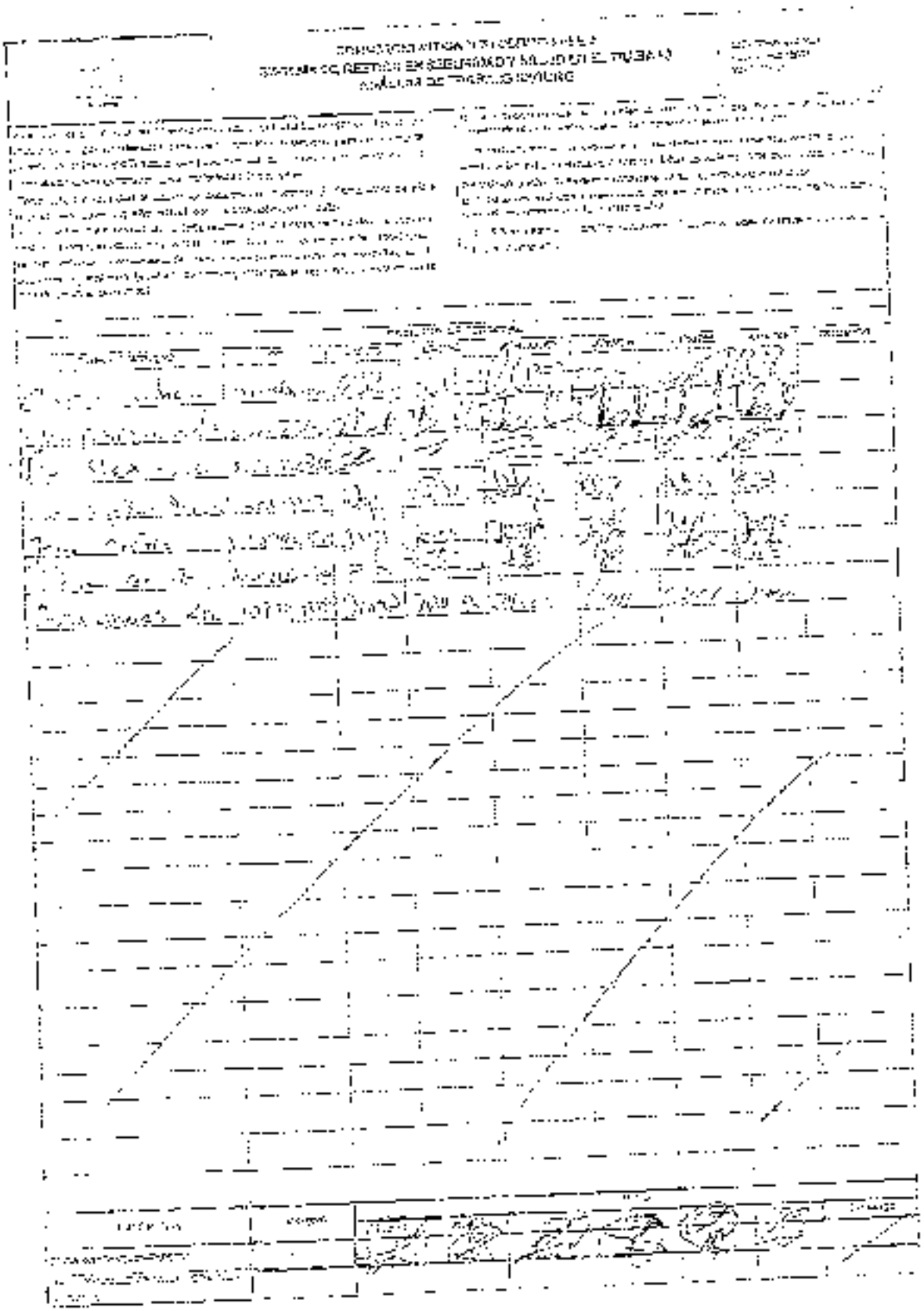
CONSTRUCCIÓN EDIFICIO FASE 4
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Ulisa Cortés

Prof. Amb. - SST



**MYM ALTURAS**

**CENTRO DE FORMACION PARA EL EMPLEO S.A.S.**

NIT 901.103.162-7

[illegible]

# CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

## HERNANDEZ RUIZ ALBERT RAMON

**Cédula No. 85370602**

Curso y Aprobó la acción de Formación

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL: COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Realizado del 7/01/2025 - 15/01/2025 en la ciudad de Bogotá D.C.
con una intensidad de 60 horas

**Empresa: CONSORCIO MITIGACION CODITO FASE 4**

**NIT: 901821986**

**Representante Legal: CARDENAS ACOSTA YEISON ALONSO**

**ARL: SURA**

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Bogotá a los 15/01/2025
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021

**Registro bajo consecutivo No.- 16A6EA**

VERONICA MAYA RODRIGUEZ
C.C. 52429692
Representante Legal

ACCEI

ALEJANDRA CASTRO CELIS
C.C. 52999092
Lic. SST 5076 - 2018

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

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° 6024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA - 13409

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

# ALBERT RAMON HERNANDEZ RUIZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 85370602

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

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

EMPRESA: CONSORCIO MITIGACION CANTO FASE 4
REP. CARDENAS AGOSTA YEISSIS ALONSO
NIT: 901821606
ARL: SURA

REPRESENTANTE LEGAL

MARIA ALEJANDRA RAMOS NAVA OLIVERA
RES No. 4740 04/05/2017

La autenticidad de este documento se puede verificar escaneando a la línea 304 605 1[illegible]
http://www.cealturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 69 50 A 40 - Bogotá

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

Licencia SST Res. No. 16150 23/04/2024 SDD
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA - 8968

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

## LUISA MARIA MOGOLLON BERNAL

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1003684555

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL COORDINADOR

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (80) HORAS

Curso realizado en Bogotá del 31 enero 2025 al 07 febrero 2025, se expide en Bogotá el 07 febrero 2025

Angie Tatiana Estella Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA
RES No. 2067 19/05/2023

EMPRESA: ALCANT DE COLOMBIA SAS
REP. ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT: 8014888834
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1510
http://www.cearalturas.com alturascear@gmail.com Dirección Carrera 78 C N 69 Sur - Arrayan

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

Licencia SST Res. No. 15160 23/04/2024 SDS
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA - 8908

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

# LUISA MARIA MOGOLLON BERNAL

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1003884565

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

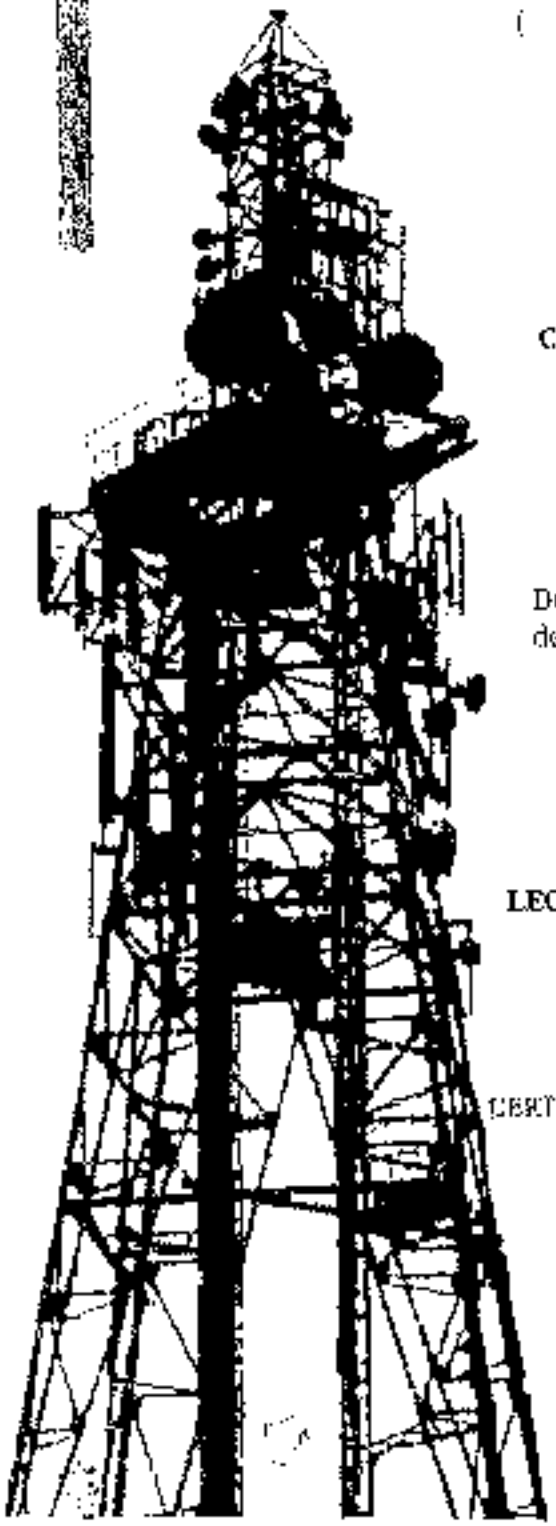
Curso realizado en Bogotá el 05 febrero 2025, se expide en Bogotá el 08 febrero 2025

Andrés Felipe Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

ANGELA MABEL GONZALEZ LOMBANA
SES No. 8154 DE/09/2022

EMPRESA: ALCART DE COLOMBIA SAS
REP. ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT: 901498834
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 314 875 0514,
http://www.cearalturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 71 C N 59 Sur 43 - Bogotá



TRABAJO EN ALTURAS S.S.T.
SANT-MIGUEL S.A.S.
PENSANDO EN TU SEGURIDAD E INTEGRIDAD

# TRABAJO EN ALTURAS S.S.T.

## SANT-MIGUEL S.A.S.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

**JOSE DRESMIN RUFINO RUIZ ORTIZ**

Identificación No. 1007268746

Realizo y curso el Programa de Capacitación en el nivel de:

**TRABAJADOR AUTORIZADO RESOLUCIÓN 4272/21**

Durante los días 16-09-2024 al 19-09-2024 con una intensidad de 32 horas, en testimonio de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá a los 19 días el mes de septiembre de 2024

**LEONILDE LEON HERNANDEZ**
Representante Lega.
NIT; 900.968.228-1

**DAVID SANTIAGO BERNAL LEÓN**
Entrenador Trabajo Seguro en Alturas
LSO 7042 DE 01/11/2022

Aprobación del Ministerio de Trabajo 08SE2021220000000002162
CERTIFICADO CENTRO LATINOAMERICANO DE CERTIFICACION SAS CELAC SAS. ACREDITADO 18-CPR-002
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Resolución 2 de 07/01/2021
Carrera 86 # 135 - 42 SUBA SAN PEDRO BOGOTÁ
MOVIL 318 780 04 38 FAX 6 92 95 62
PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO INGRESA A https://www.cursosenalturas.com
Nombre de la empresa: ALCART DE COLOMBIA SAS - NIT: 901498634
Representante Legal: ALEXANDRA CARRILLO ORTIZ
Identificación: 901498634
ARL: SURA

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

Licencia SST Res. No. 16150 23/04/2024 309
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° CO24.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

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

## CHRISTIAN CAMILO BARBOSA BOTERO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1110471492

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 27 enero 2025, se expide en Bogotá el 27 enero 2025

Andrés Camilo Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

ANGELA MADEL GONZALEZ LOVATON
RES No. 5164 06/10/2022

EMPRESA: ALCART DE COLOMBIA SAS
REP. ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT: 901498834
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a las líneas 304 606 [illegible]
http://www.cearalturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 69 Sur [illegible] - Bogotá

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

Licencia SST Res. No. 15160 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° 6024.005.45, bajo el esquema G, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA-10[illegible]

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

## JHON ALEX GONZALEZ ROJAS

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1018473514

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 23 febrero 2025, se expide en Bogotá el 23 febrero 2025

Andrés [illegible] Castillo Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ALFONSO ACRAY GARCIA
RESO No 2057 13/03/2023

EMPRESA: ALCART DE COLOMBIA SAS
REP: ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT: 901408834
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1605
http://www.cearsas.com - altura.cear@gmail.com Dirección: Carrera 72 C N 69 Sur 34 - Bogotá

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

Licencia SST Res. No. 15160 23/04/2024 SDS
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00645, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA - 8131

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

# JHON FREIMAN ORTIZ PALACIOS

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1001027650

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 30 enero 2025, se expide en Bogotá el 30 enero 2025

Andrés Castillo Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ALFONSO AGUAY PAGUA
RESNo. 2057 13/03/2023

EMPRESA: ALCART DE COLOMBIA SAS
REP. ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT: 901498834
ARL. SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar comunicándose a la línea 304 805 1950
http://www.cearaltura.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 73 C N 59 Sur-41 - Bogotá

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

Licencia SST Res. No. 15150 29/04/2024 SDS
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA - 6489

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

## JOHA ANDRES ORTIZ PALACIOS

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1027943284

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (32) HORAS

Curso realizado en Bogotá del 02 Febrero 2025 al 05 Febrero 2025, se expide en Bogotá el 05 febrero 2025

[illegible] Esquivel Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

OMAR DAVID LOAIZA ALVARAN
RESNo 72844 12/10/2013

EMPRESA: ALCART DE COLOMBIA SAS
REP. ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT. 901498834
ARL SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar enviando a la línea 304 805 1[illegible]
http://www.cearcolivas.com - alturasseas@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 56 Sur 21 Bogotá



TRABAJO EN ALTURAS S.S.I.
SANT-MIGUEL S.A.S
PENSANDO EN TU SEGURIDAD E INTEGRIDAD

# TRABAJO EN ALTURAS S.S.I.

## SANT-MIGUEL S.A.S.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

**LUIS ALEJANDRO PESCADOR MEVALO**

Identificación No. 1007237773

Realizo y curso el Programa de Capacitación en el nivel de:

**REENTRENAMIENTO TRABAJO EN ALTURAS RESOLUCIÓN 4272/21**

Durante los días 30-09-2024 al 30-09-2024 con una intensidad de 8 horas, en testimonio de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días el mes de septiembre de 2024

**LEONILDE LEON HERNANDEZ**
Representante Legal
NIT 900.968.228-1

**ALEXANDER BERNAL VARGAS**
Entrenador Trabajo Seguro en Alturas
LSO 5596 DE 22/05/2017

Aprobación del Ministerio de Trabajo GESE2021220000000002162
CERTIFICADO CENTRO LATINOAMERICANO DE CERTIFICACIÓN SAS CELAC SAS. ACREDITADO 18-CPI-002
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Resolución 2 de 07/01/2021
Carrera 88 # 136 - 42 SUBA SAN PEDRO - BOGOTÁ
MOVIL 318 788 04 38 PBX 6 92 05 62
PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO INGRESA A https://www.cursosenalturas.com
Nombre de la empresa: ALCART DE COLOMBIA SAS - NIT. 901499834
Representante Legal ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
Identificación: 901499834
ARL: SURA

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

Licencia SST Res. No. 16160 23/04/2024 SDS
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.

TSA - 5262

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

## JORGE LUIS ARCIRIA FUNEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1064994780

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 15 diciembre 2024. se expide en Bogotá el 15 diciembre 2024

Ingrid Paola Castillo Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

Alejandra Manosalva
MARÍA ALEJANDRA MANOSALVA GRIEGO
SES No 4740 04/06/2017

EMPRESA- ALGART DE COLOMBIA SAS
REP. ALEXANDER CARRILLO ORTIZ
NIT: 901490834
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 601 605 [illegible]
http://www.cearaltura.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 75 C N 68 S... C... Bolívar

LINK TECH

LT 4C

## Arnés Multipropósito 4 argollas en X







Verde AV



Naranja AV

Arnés multipropósito de cuatro (4) puntos de conexión especial para trabajos de posicionamiento, detención, restricción, ascenso y descenso controlado. Capacidad máxima de 140kg (310lbs) incluyendo ropa, calzado y cualquier otra herramienta de trabajo.

Parte de un sistema personal para detención de caídas (PFAS) OSHA 1925, diseñado bajo los parámetros de regulación internacional, y las mas altas exigencias de calidad para trabajos con riesgo de caídas. (Resistencia mínima 5000 lbs—2272 kg)

- Aro dorsal para detención y restricción de caídas, Aros laterales para posicionamiento y Aro pectoral para ascenso y descenso controlado.
- Reata en poliéster de 45mm con resistencia de 6000 lbs, costuras computarizadas en hilo poliéster alta tenacidad de diferente color para inspección.
- Incorpora indicador para evidenciar si el arnés ha sido manipulado.
- 4 Argollas de acero en D con resistencia de 5000 lbs / 22.2 kN y hebillas en acero de alta resistencia.
- Etiqueta protegida y sistema sujeción gancho en frontal.

USOS:



Detención



Ascenso - Descenso



Posicionamiento



Restricción

## Especificaciones:

| Modelo | Material | Herrajes |
|---|---|---|
| LT 4C | Reata Poliéster 6000 lbs. | Acero ANSI359.12 |
| LT 4C-D | Reata Poliéster 6000 lbs. | Acero Encauchetado 3kVA . ANSI359.12 |
| LT 4C DC | Reata Poliéster 6000 lbs. | CINTA. Reata Poliéster 9000 lbs. |
| LT 4C DE | Reata Poliéster 6000 lbs. | Acero Encauchetado 9kVA . ANSI359.12 |

**TALLA UNICA**

icontec
Sello de Calidad

**STEELPRO**
**SAFETY**

FICHA TÉCNICA
SC0843 - (CAMPUS-PAVEO)

# ESLINGA DE
# POSICIONAMIENTO REG.



### DESCRIPCIÓN

STEELPRO en su línea de alturas "EXPERT LINE" ofrece una
serie de arneses y dispositivos de protección activa para caídas, requeridos bajo normatividad nacional (Resolución 1409 de Julio de 2012) y estándares americanos ANSI aplicables, con diseños funcionales y ergonómicos para el desarrollo de tareas en la industria y construcción.
La eslinga sencilla para posicionamiento está diseñada para que el trabajador pueda realizar tareas en donde es requerido que realice trabajos con manos libres y apoyado sobre los pies, deberá ser conectada a las argollas laterales del arnés del usuario.

### CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

• Diseño sencillo en cinta poliéster de 28mm con resistencia
de 5.000lbs.
• Ganchos de conexión a la cintura con apertura de 3/4", fabricados en acero forjado con resistencia de 22.2 kN (5000lbs) con cierre de doble seguro y resistencia en gatillos de 3.600lbs.
• Longitud de 1.80 m graduable a 1.20m
• Cumple con recomendaciones ANSI Z359.3-2007, OSHA 1910.140 OSHA 1926 Subparte M.
NOTA: Previa instrucción éste equipo podrá ser utilizado en
labores de autorescate para evitar trauma por suspensión
•No es un elemento para detención de caídas-ascenso o descenso, su conexión al arnés deberá realizarse en las argollas laterales del arnés.

### MATERIALES

• Herrajes en Acero
• Cintas en Poliéster

### NORMATIVIDAD

Cumple con requerimientos:
•ANSI Z359.3 2007 •Resolución 1409 de Julio 2012

### RECOMENDACIONES

Antes de asignar su equipo para trabajo seguro en alturas tenga en cuenta que deberá atender las recomendaciones contenidas en la Resolución 1409 de Julio de 2012 Titulo II Capitulo, Art.18.
Recuerde que este tipo de equipos es de uso personal y no permite conexión a más de un usuario.
Deberá tener en cuenta la Altura de trabajo donde cumplimiento a la distancia vertical requerida por un trabajador en caso de una caída, para evitar que éste se impacte contra el suelo o contra un obstáculo presente en el área de trabajo.
El espacio libre requerido dependerá, principalmente de la configuración del sistema de detención de caídas elegido, teniendo en cuenta los siguientes factores:



### APLICACIONES



**STEELPRO**
**SAFETY**

NORMATECNICA

## VIDA ÚTIL

La vida útil del presente producto es de 5 años a partir de la fecha del primer uso registrada en la edicuesta de inspección en cada equipo, en caso de no registrarse dicha fecha, se contara para dicho la fecha de fabricación, siempre que supere las pruebas de inspección efectuadas por una persona competente, previo a su uso.
Por lo cual se recomienda diligenciar ésta información en la etiqueta de inspección del equipo y realizar apertura de hoja de vida de sus equipos de alturas.
Se recomienda que ésta etiqueta no sea retirada del equipo para conservar los datos de inspección y facilitar trazabilidad del mismo.



## MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y ALMACENAMIENTO

Es importante que realice con periodicidad limpieza de su equipo para conservar las características de seguridad y aumentar la duración del mismo.
Elimine toda la suciedad, materiales corrosivos y contaminantes del equipo, evitando utilizar sustancias químicas y/o corrosivas, use agua fría con un poco de jabón biodegradable, luego enjuague abundantemente eliminando excesos de jabón y seque con un trapo los herrajes metálicos para evitar su oxidación, deje secar a la sombra.
Luego de cada uso cualquelo en un lugar aireado, evite su almacenamiento en condiciones con exceso de calor o humedad
Lo ideal es hebillas y reatas con mecanismos de cinta y/o eléctricas para metal, esto mejora la resistencia del equipo.

## USO

Antes de usar, lea y entienda todas las instrucciones del fabricante proporcionadas con el equipo al momento del envío.
Recuerde atender las recomendaciones contenidas en la Resolución 1409 de 2012 Título I, Capítulo II, Art 16, Numerales 6 y 7, en los cuales se dicta la obligación de mantener hoja de vida de cada equipo de trabajo seguro en alturas y realizar con periodicidad no inferior a una (1) vez al año sus equipos para inspección y validación de operatividad.

## INSPECCIÓN

Informamos que en caso de presentarse fallas en nuestro producto por defectos de fabricación y/o ensamble durante los tres (3) primeros meses de recibido el elemento, VICSA STEELPRO COLOMBIA SAS asumirá responsabilidad de aceptar devolución y/o reemplazar la cantidad objeto de la reclamación; una vez sea revisado y concluido el proceso de determinación de Defectos de Calidad interno.

La presente garantía aplica para toda la Línea de productos Marca STEELPRO SAFETY, exceptuando material y componentes de nuestra Línea de Alturas en la cual se adiciona la Garantía de Servicio de Inspección de Equipos gratuita durante (cinco) 5 años a partir de la fecha de puesta en uso.

## GARANTÍA

Todas las propiedades físicas y recomendaciones del elemento están basadas en pruebas que se consideran representativas y/o bajo normatividad vigente del mismo
VICSA STEELPRO COLOMBIA SAS informa que no ofrece garantía por uso de este elemento en un periodo de tiempo determinado, teniendo en cuenta que el usuario final es directamente responsable de la aplicación y utilización del mismo por lo cual VICSA STEELPRO COLOMBIA SAS no se hará responsable por lesiones o daños directos e indirectos generados como consecuencia de la inadecuada asignación, inadecuado almacenamiento o mantenimiento, negligencia y/o uso indebido del elemento
Informamos que en caso de presentarse fallas en nuestro producto por defectos de fabricación y/o ensamble durante los tres (3) primeros meses de facturado el elemento, VICSA STEELPRO COLOMBIA SAS asumirá responsabilidad de aceptar devolución y/o reemplazar la cantidad objeto de la reclamación, una vez sea revisado y concluido el proceso de determinación de Defectos de Calidad interno

## RECOMENDACIONES DE DISPOSICIÓN FINAL

VICSA STEELPRO Colombia se permite indicar que el ciclo de fabricación de sus productos incluyendo materias primas, fabricación, almacenamiento y transporte cuenta con materiales de calidad, no reciclados y no peligrosos.
Que de acuerdo a la aplicación en la protección a los usuarios en el Sector Industrial, Hospitalario, Eléctrico, Hidrocarburos y demás, recomendamos a los empleadores y usuarios realizar la respectiva selección, clasificación y disposición Final de acuerdo a su Obligación contenida en los Artículos 10, 11, 23 del Decreto 4741 de 2005 y demás aplicables de acuerdo a Normatividad Colombiana vigente.



# FICHA TÉCNICA CUERDA ESTATICA 13 MM




- Una cuerda de rescate y rappel multiusos perfecta para el rescate con cuerda, el acceso mediante cuerda y el ascenso / descenso eficiente.
- Las propiedades de bajo estiramiento y la alta resistencia a la humedad permiten que funcione de manera constante en condiciones húmedas y secas.
- Máxima resistencia, a los productos químicos, los rayos ultravioleta y la abrasión, y una excelente compatibil idad general con el manejo y los dispositivos.

STERLING

## CARACTERISTICAS TECNICAS

| | |
|---|---|
| Certificación | NFPA 1983 -2017<br>ANSI Z133<br>ANSI / ASSE Z359.15- 2014 |
| Material | Núcleo / Funda<br>Poliéster / Poliéster |
| Diámetro | 13 MM - 7/16" HTP |
| Clasificación MBS | 30,5 Kn / 6.856 Lb |
| Elongación a 300 Lb % | 2,5 |



MADE IN EEUU

Para mayor Información

sterlingrope.com



Scanned with CamScanner

YOKE INDUSTRIAL CORP.

*Safety is our first priority*

# Test Certificate

| | |
|---|---|
| To : | [illegible] |
| Invoice NO: | [illegible] |
| Description: | [illegible] |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Material : | stainless steel | Min. Breaking Load : | [illegible] |
| Plating : | Polished | | |

TEST ING ACCORDING TO ANSI Z359.1,CSA Z259.2.1, EN 355-2





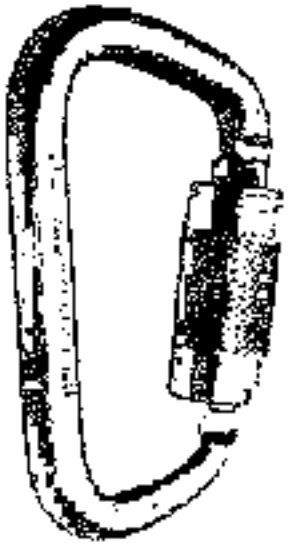
| TEST RESULT | YOKE INDUSTRIAL CORP. |
|---|---|
| Pass | Date: May 11, 2012 |

Scanned with CamScanner

# Equipos de Alturas

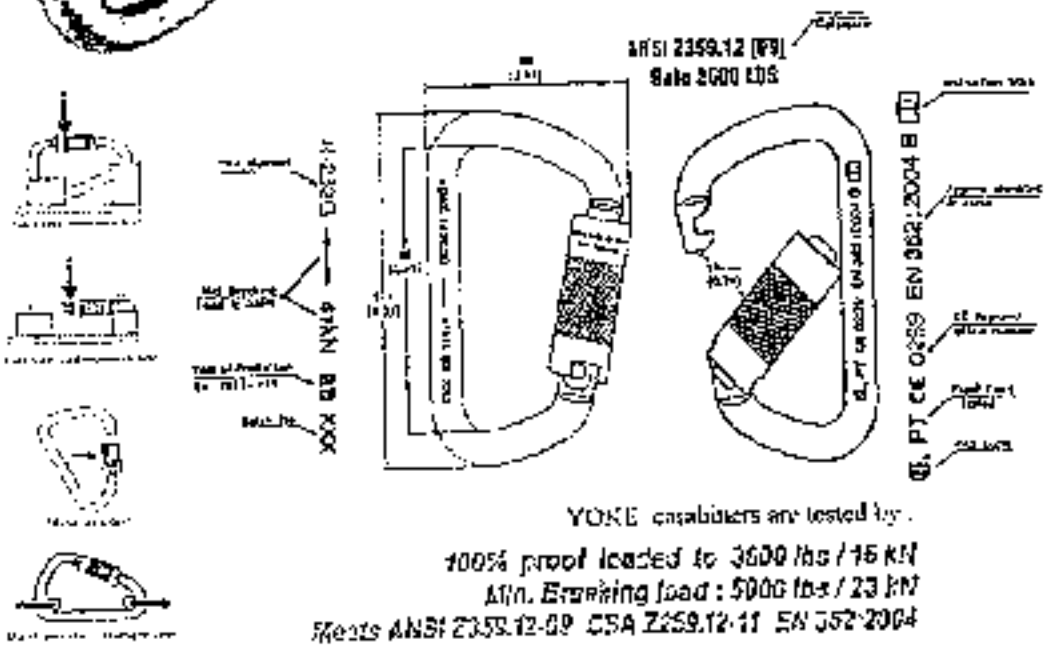
LINK TECH by YOKE

## FICHA TÉCNICA N-252G 41 kN



N252G
Steel Caracinar - 3600 lb. gate

- Alloy steel, heat treated
- 100% Proof Loaded @ 3600 lb. 16.0 kN
- Minimum breaking load: 5000 lb. 23 kN
- ANSI Z359-12-2009 CSA Z259.12
- EN 362:2004
- 9.0 oz. / 255 grams
- Twistlock, Triplelock, Twistlock w/pin, Triplelock w/pin




YOKE carabiners are tested by:

*100% proof loaded to 3600 lbs / 16 kN*
*Min. Breaking load : 5000 lbs / 23 kN*
*Meets ANSI Z359.12-09 CSA Z259.12-11 EN 362:2004*

Soporte Técnico : linktech@lt.com.co

ANSI CE CSA

COMPATIBLE CON ARNÉS 3D

www.linktech.com.co

Scanned with CamScanner

W10108809

Vers. 07/2015

# LOCKER

Guided type fall arrester and work positioning device.

## DESCRIPTION

System of locking LOCKER after fall.

Perfect use for climbing in industrial environment.

Designed for leave ropes with diameter 11 mm. Recomended rope: SINGING ROCK STATIC 11




Anchoring surface for better comfort in use

Dismountable version together with 11 mm steel cable lanyard is available as SLIDE - work positioning lanyard

## KEY FEATURES

- visibility
- simple design

## STANDARDS

CE 1019
EN 353-2
EN 354
EN 12841-A

## FEATURES




users (1 pers.)

can be used only

155 g / 0.34 lbs

number of users

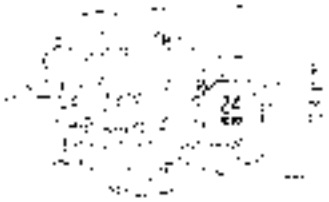
compatible

## MATERIAL COMPOSITION



95% aluminium alloy
5% stainless steel

## TECHNICAL DATA




17 mm



dotted number marking XXXX MYYY

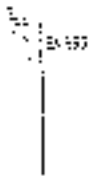
XXXX - serial number
MYYY - month and year of production

USE

EN 358
Work positioning system



EN 353-2
Guided type fall arrester

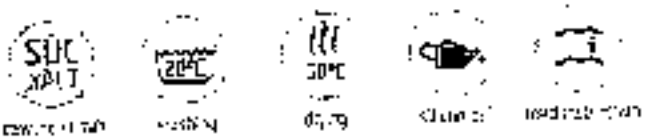


EN 12841-A
Safety line adjustment device



## MAINTENANCE

Functionality of this product is not usually limited by the manufacturer (depending on the construction of the product and its use) it may be necessary to replace it immediately




clean with water

wash by hand

dry at

do not iron

do not use chlorine bleach

singing rock

singingrock.eu
www.singingrock.com

ALMASAT DE COLOMBIA

ROJA DE VIDA ARNÉS

FECHA: 12032024
VERSIÓN: 1
CODIGO F_RH_1026

EQUIPO: ARNÉS MULTIPROPÓSITO Y DE RESCATE CON HEBILLA DE CONEXIÓN RAPIDA
NUMERO DE EQUIPO: 1
SERIE N°: [illegible]
REFERENCIA: [illegible]
FECHA DE COMPRA: [illegible]
NORMA APLICABLE: ANSI Z359.1; ANSI A10.14-TIPO II Agt ; NTC 2037
Arneses (Kgf)

LOTE: [illegible]
NUMERO: [illegible]
MARCA: [illegible]
COLOR: [illegible]
ESTADO: Bueno

* Diseñado para proteger en cuatro sistemas: contracaídas, posicionamiento, sujeción y rescate

| CARACTERISTICAS | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CERTIFICACION | 16-2-24 | | | | | | | | | |
| GUÍA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo esta en buen estado) | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| **PIEZAS METÁLICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | |
| **CINTAS O REATAS** | | | | | | | | | | |
| Puntas deshilachadas | | X | | | | | | | | |
| Costas | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemadura | | X | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | |
| Presentan suciedad | | X | | | | | | | | |
| **PIEZAS PLÁSTICAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Piezas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | X | | | | | | | | | |
| Legibles | X | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | |

FIRMA DEL EMPLEADO

FIRMA DEL JEFE

| | | |
|---|---|---|
| | HOJA DE VIDA ARNÉS | FECHA: 12032024<br>VERSIÓN: 1<br>CODIGO F_RH_1023 |

EQUIPO: ARNES MULTIPROPÓSITO Y DE RESCATE CON HEBILLA DE CONEXIÓN RAPIDA

| | |
|---|---|
| NUMERO DE EQUIPO: 1 | LOTE: |
| SERIE Nº: 4100736110610 | NUMERO: NO Aplica |
| REFERENCIA: Arnes multiproposito y Argolla en D | MARCA: Kratos |
| FECHA DE COMPRA: 29-1-24 | COLOR: Amarillo |
| NORMA APLICABLE: ANSI Z359.1; ANSI A10.14-TIPO I (Kgf) ; NTC 2037 Arnes (Kgf) | ESTADO: Bueno |

CARACTERISTICAS: * Diseñado para proteger en cuatro sistemas: contracaidas, posicionamiento, suspension y rescate

| | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CERTIFICACIÓN | 10-2-25 | | | | |

| GUIA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo este en buen estado) | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PIEZAS METÁLICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Fisuras | | | | | | | | | | |
| **CINTAS O REATAS** | | | | | | | | | | |
| Puntos deshilachados | | X | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemaduras | | X | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | |
| Presencia suciedad | | X | | | | | | | | |
| **PIEZAS PLASTICAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Piezas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | X | | | | | | | | | |
| Legibles | X | | | | | | | | | |
| REVISO | Vigente | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL EMPLEADO:

FIRMA DEL SST:

FECHA: 12/03/2024
VERSION: 1

HOJA DE VIDA ARNÉS

CODIGO F_RM_1023



EQUIPO: ARNÉS MULTIPROPÓSITO Y DE RESCATE CON HEBILLA DE CONEXIÓN RAPIDA

NUMERO DE EQUIPO: 1

SERIE Nº: [illegible]

REFERENCIA: [illegible]

FECHA DE COMPRA: [illegible]

NORMA APLICABLE: ANSI Z359.1, ANSI A10.14-TIPO 1(Kgf) , NTC 2057 Arneses (Kgf)

LOTE: [illegible]

NUMERO: [illegible]

MARCA: [illegible]

COLOR: [illegible]

ESTADO: Bueno

CARACTERISTICAS: * Diseñado para proteger en cuatro sistemas: contracaidas, suspension y rescate

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20-2-25 | | | | | | | | | |
| GUÍA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo este en buen estado) | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| **PIEZAS METÁLICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | |
| **CINTAS O REATAS** | | | | | | | | | | |
| Puntos deshilachados | | X | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemadura | | X | | | | | | | | |
| Manchas fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | |
| **HEBILLAS PLÁSTICAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Piezas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | X | | | | | | | | | |
| Legibles | X | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES** | [illegible] | | | | | | | | | |

FIRMA DEL RESPONSABLE

[illegible]

FECHA: 20/05/2024
VERSION:01

# HOJA DE VIDA ESLINGA

CODIGO: F_RH_1039

EQUIPO: ESLINGA DE POSICIONAMIENTO - CASTROGO DE VIDA SIMPLE DE LONGITUD FIJA
NUMERO DE EQUIPO:
NUMERO SERVIREFRIARE:
REFERENCIA:
FECHA DE COMPRA:
CODIGO: 3440
LONGITUD: 1.8 m
MARCA: Sisalpro Safet
COLOR: Blanco
ESTADO: BUENO
NORMA APLICABLE: ANSI/ASSEA 10.32-2004

FECHA DE CERTIFICACION: FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO

| GUIA DE INSPECCION (Verifique que equipo este) | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METALICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | | | |
| CINTAS O PEATAS | | | | | | | | | | | | |
| Puntas deshilachadas | | X | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | | | |
| Quemadura | | X | | | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | | | |
| Presencia suciedad | | X | | | | | | | | | | |
| CUERDAS | | | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | | | |
| Piezas flojas | | X | | | | | | | | | | |
| ETIQUETAS | | | | | | | | | | | | |
| Completas | | X | | | | | | | | | | |
| Legibles | | X | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

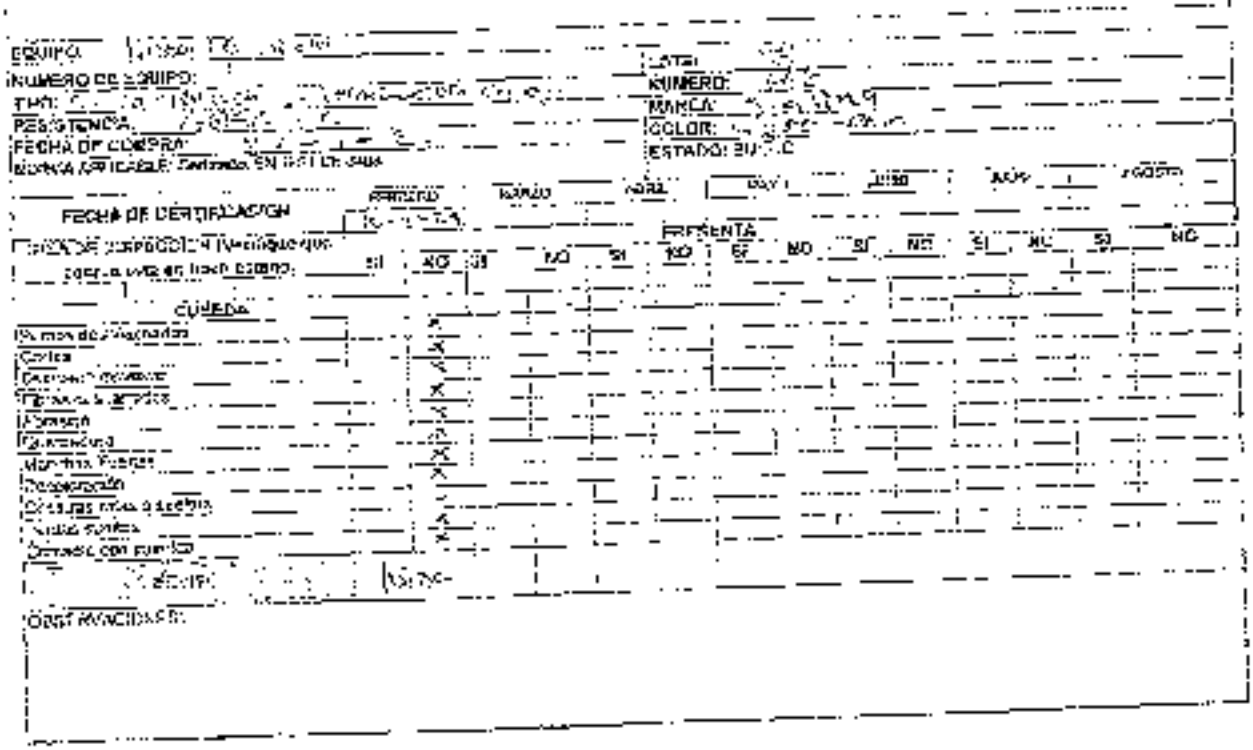
FECHA: 20/03/2024

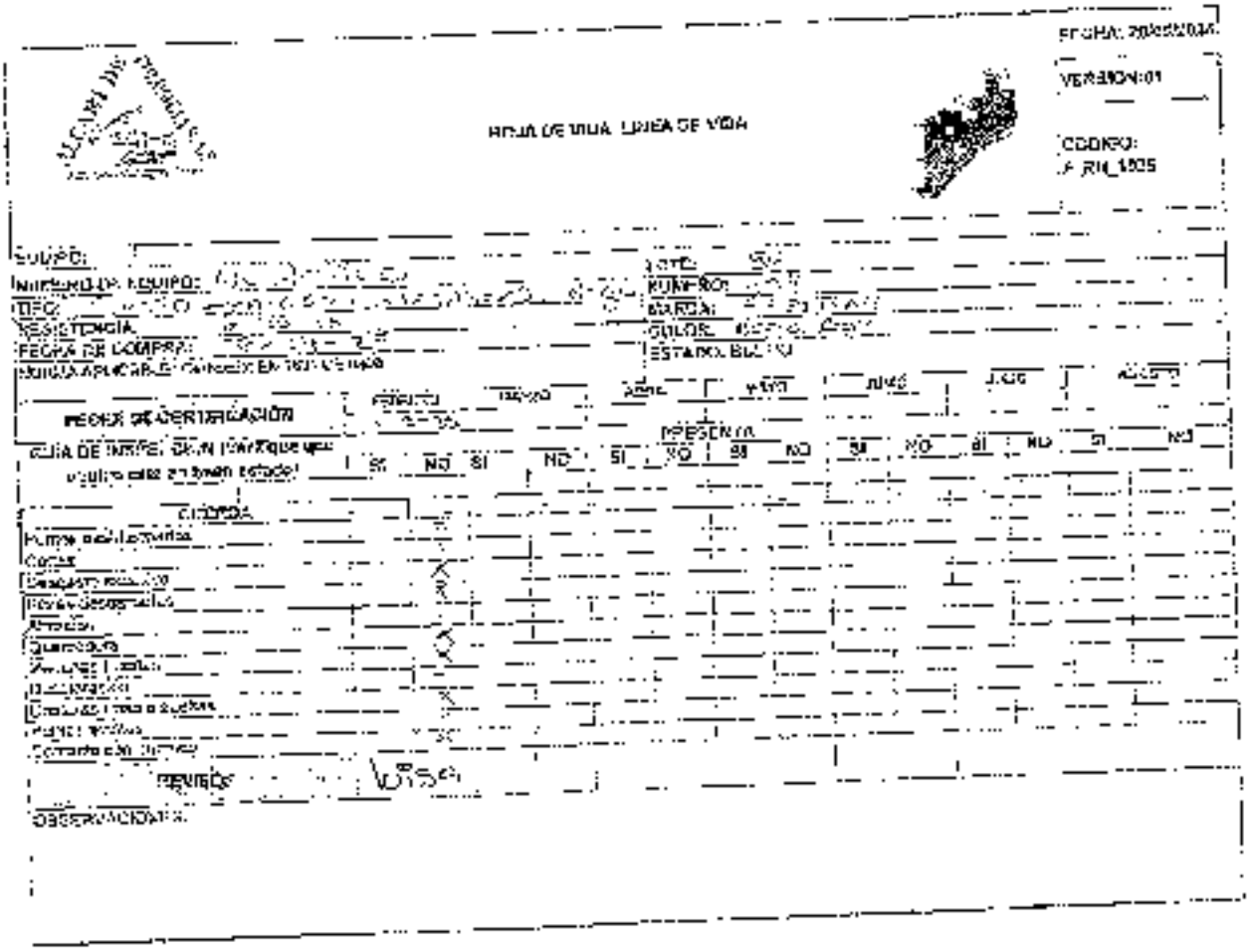
VERSION: 01

CODIGO: F_RH_L005








HOJA DE VIDA LINEA DE VIDA
FECHA: 20/03/2024
VERSION:01
CODIGO:
LA_RH_1505
EQUIPO:
NUMERO DE EQUIPO:
TIPO:
RESISTENCIA:
FECHA DE COMPRA:
FECHA APLICABLE:
LOTE:
KILOMETROS:
MARCA:
COLOR:
ESTADO ACTUAL:
FECHA DE CERTIFICACIÓN
GUIA DE IMPLEMENTACIÓN (Verifique que
equipo este en buen estado)
PRESENTA
CUERDA
REVISÓ
OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA INSPECCION

FECHA:

CODIGO:
F_RH_HOJA

ESTADO BUENO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | | | | | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

HOJA DE VIDA MOSQUETON



FECHA:

VERSION: 01

CODIGO:
F-RIS-1035

NUMERO DE SOLIDO:

REFERENCIA:

PESO:

PLACA DE CONTRASTE:

MUNICIÓN APLICABLE: DE 7MM + ESTUCHE

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA FRENO ARRASTRADOR (A FA CUERDA





SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO

FECHA: 20/05/2024

VERSIÓN: 01

CÓDIGO:
F_058_1438

# HOJA DE VIDA: FRESNO ARRASTRADO PARA CAÑUELA

EQUIPO: LOCKER WHEELBARROW O FRESNO

NÚMERO DE EQUIPO:

REFERENCIA: PA-FRESNO

FECHA DE COMPRA: 25-04-24

NOTE: NO TIENE

MARCA: SINGER ROCK

PESO: 15 g

ESTADO: BUENO

| FECHA DE REVISIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10-2-24 | | | | | |

| CHECK DE VERIFICACIÓN (verificar que equipo esta en buen estado) | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | | JULIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METÁLICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | | | |
| Óxido excesivo y suelto | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Pernos | | | | | | | | | | | | |
| Tornillos | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | HOJA DE VIDA ARNÉS | FECHA: 12032024<br>VERSION: 1<br>CODIGO F_SSI_1025 |

EQUIPO: ARNÉS MULTIPROPOSITO Y DE RESCATE CON HEBILLA DE CONEXIÓN RAPIDA

NUMERO DE EQUIPO: 1

SERIE Nº: [illegible]

REFERENCIA: [illegible]

FECHA DE COMPRA: 27-01-24

NORMA APLICABLE: ANSI Z359.1; ANSI A10.14-TIPO I(Kg5) - NTC 2337

Arnases (Kg)

LOTE: 2311

NUMERO: [illegible]

MARCA: [illegible]

COLOR: [illegible]

ESTADO: Bueno

CARACTERISTICAS: * Diseñado para proteger en cuatro sistemas: contravalidas, posicionamiento, suspencion y rescate

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1-02-25 | | | | |

| GUÍA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo esté en buen estado) | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PIEZAS METÁLICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | |
| **CINTAS O CREATAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes deshilachados | | X | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemadura | | X | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | |
| Presenten suciedad | | X | | | | | | | | |
| **HEBILLAS PLÁSTICAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Pasas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | X | | | | | | | | | |
| Legibles | X | | | | | | | | | |
| **REVISIÓN** | [illegible] | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | |

NOMBRE DEL EMPLEADO: [illegible]

FIRMA DEL SST: [illegible]

FECHA: 20/05/2024
VERSION:01

# HOJA DE VIDA ESLINGA

CODIGO: F_RH_1039

EQUIPO: ESLINGA DE POSICIONAMIENTO - CERROSO DE VIGA SIMPLE DE CONCRETO LISA
NUMERO DE EQUIPO:
NUMERO SERIE/REFERENCIA:
REFERENCIA:
FECHA DE COMPRA:
NORMA APLICABLE: ANSI/ASSE A10.32-2004

CÓDIGO:
LONGITUD:1.8 m
MARCA: Steelmo Safety
COLOR: Blanca
ESTADO: BUENO

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| GUIA DE INSPECCION (Verifique que equipo esta) | SI | NO | SI | NO | SI | NO | PRESENTA SI | PRESENTA NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PIEZAS METALICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Pinturas | | X | | | | | | | | |
| **CINTAS O TELAS** | | | | | | | | | | |
| Puntos deshilachados | | X | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemadura | | X | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntos sueltos | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químicos | | X | | | | | | | | |
| Propiedades quemadas | | X | | | | | | | | |
| **CONECTORES** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Piezas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | | X | | | | | | | | |
| Legibles | | X | | | | | | | | |
| REVISO: | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA LÍNEA DE VIDA

FECHA: 20/05/2024

VERSIÓN:01

CÓDIGO:
F_RI_1009



EQUIPO:

NÚMERO DE EQUIPO:

TIPO:

REGISTRO:

FECHA DE COMPRA:

NOMBRE RESPONSABLE:

LOTE:

NÚMERO:

MARCA:

COLOR:

ESTADO DEL EQUIPO:

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| TIPO DE INSPECCIÓN (Verifique que cada ítem esté en buen estado) | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | | JULIO | | AGOSTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Cuerda | | | | | | | | | | | | | | |
| Costuras deshilachadas | | | | | | | | | | | | | | |
| Cosido | | | | | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | | | | | | | | | | | | | |
| Uso no autorizado | | | | | | | | | | | | | | |
| Cinturón | | | | | | | | | | | | | | |
| Quemaduras | | | | | | | | | | | | | | |
| Ganchos Rotos | | | | | | | | | | | | | | |
| Decoloración | | | | | | | | | | | | | | |
| Cabos rotos o sueltos | | | | | | | | | | | | | | |
| Partes sueltas | | | | | | | | | | | | | | |
| Conjunto completo | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FECHA: 20/03/2024

Versión N°:

CÓDIGO:
F_RH_1035

# POLIZA de VIDA LINEA DE VIDA



SOLIDO

NUMERO DE EQUIPO: ARNES

TIPO:

RESISTENCIA:

FECHA DE COMPRA:

NORMA APLICABLE: Decreto 2- 1691 (2 /2018)

LOTE:

NUMERO:

MARCA:

COLOR:

ESTADO: (USO)

FECHA DE CERTIFICACIÓN: (DIA) (MES) (AÑO) | (DIA) (MES) (AÑO) | (DIA) (MES) (AÑO)

FECHA DE INSPECCIÓN (Verificar que

| | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ACCESORIOS | | | | | | | | | | | | |
| Puntos de anclaje | | | | | | | | | | | | |
| Cintas | | | | | | | | | | | | |
| Conjunto conector | | | | | | | | | | | | |
| Fibra de poliamida | | | | | | | | | | | | |
| Argollas | | | | | | | | | | | | |
| Cuerda de | | | | | | | | | | | | |
| Mosquetones | | | | | | | | | | | | |
| Decoloración | | | | | | | | | | | | |
| Costuras rotas o desgastadas | | | | | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | | | | | | | | | | | |
| Contacto con químicos | | | | | | | | | | | | |
| ARNES | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| | HOJA DE VIDA MOSQUETON | FECHA: 28/05/2018<br>VERSION: 01<br>CODIGO: F_RH_1006 |

EQUIPO:
NUMERO DE EQUIPO:
REFERENCIA:
FECHA DE COMPRA:
NORMA APLICABLE: DE-015 - EN 362

LOTE:
MARCA:
PESO:
ESTADO: NUEVO

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGISTRO INSPECCION (Verifique que el equipo este en buen estado) | | | PRESENTA | | | | | | | | | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METALICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y rudas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | | | |
| REVISO | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES

| | | |
|---|---|---|
| | HOJA DE VIDA (PRODUCTOR) | FECHA: 20/05/2026<br>VERSIÓN: 01<br>CODIGO: F_RH_1038 |

EQUIPO: [illegible]

NUMERO DE EQUIPO: [illegible]

REFERENCIA: [illegible]

FECHA DE COMPRA: [illegible]

LOTE: [illegible]

MARCA: [illegible]

PESO: [illegible]

NORMA APLICABLE: [illegible]

ESTADO: BUENO

| FECHA DE VERIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | [illegible] | | | | | |

| GUIA DE INSPECCION (Verifique que equipo este en buen estado) | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METÁLICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | | | |
| Partes deformadas y sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Pinturas | | | | | | | | | | | | |
| REVISÓ: [illegible] | | [illegible] | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES

FECHA: 20/05/2024
VERSIÓN: 01

# HOJA DE VIDA EQUIPO ARRESTADOR

CODIGO: F_RH_1037

EQUIPO:
NUMERO DE EQUIPO:
REFERENCIA:
FECHA DE COMPRA:
LOTE: NO TIENE
MARCA: SARVIS ROCA
PESO: 15 g
ESTADO: BUENO
NORMA APLICABLE: EN 362 + EN 358

| FECHA DE REVISIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10-2-25 | | | | | |

| GUIA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo esta en buen estado) | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| **PIEZAS METALICAS** | | | | | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | | | |
| Partes deformadas y sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | | | |
| REPUESTO | 1x150 | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA TRENZO RESGASTRADOR PARA CUERDA

FECHA: 22/05/2024
VERSIÓN: 01
CODIGO: F_RH_1020

EQUIPO: LOCKER W1010rRis O FRENO
NUMERO DE EQUIPO:
REFERENCIA: 17N 5270 19
FECHA DE COMPRA: 25 - 5 - 24
NORMA APLICABLE: EN 353-2 - EN 360

LOTE: NO TIENE
MARCA: SINGING ROCK
PESO: 1.6 g
ESTADO: BUENO

| FECHA DE REVISIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 22-05-24 | | | | | |

| GUIA DE INSPECCIÓN (Verifique que el equipo este en buen estado) | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | | JULIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METÁLICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | | | |
| Partes deformadas y sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Pernos | | X | | | | | | | | | | |
| PIEZAS TEXTILES | NUEVO | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| | HOJA DE VIDA ARNÉS | FECHA: 12032024<br>VERSION: 1<br>CODIGO F_RH_1028 |

EQUIPO: ARNÉS MULTIPROPÓSITO Y DE RESCATE CON HEBILLA DE CONEXIÓN RAPIDA

| | |
|---|---|
| NUMERO DE EQUIPO: 1 | LOTE: 2-311 |
| SERIE Nº: 3101220407 | NUMERO: [illegible] |
| REFERENCIA: [illegible] | MARCA: [illegible] |
| FECHA DE COMPRA: 25-1-24 | COLOR: Amarillo |
| NORMA APLICABLE: ANSI Z359.1; ANSI A10.14-TIPO 1(300) ; NTC 2037 Arneses (Kg) | ESTADO: Bueno |

CARACTERISTICAS: * Diseñado para proteger en cuatro sistemas: contenciones, posicionamiento, suspension y rescate

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | 10-02-25 | | | | |

| GUÍA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo este en buen estado) | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PIEZAS METÁLICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Fisuras | | | | | | | | | | |
| **CINTAS O REATAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes desbilachados | | X | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemadura | | X | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | |
| Presentan suciedad | | | | | | | | | | |
| **PIEZAS PLASTICAS** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Presas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | X | | | | | | | | | |
| Legibles | X | | | | | | | | | |
| REVISO: | LISA | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL EMPLEADO:

FIRMA DEL SST: LISA MOLINA

FECHA: 20/05/2024
VERSION:01

# HOJA DE VIDA ESLINGA

CODIGO: F_R-E_1039

EQUIPO: ESLINGA DE POSICIONAMIENTO - ESTROBO DE VIDA SIMPLE DE LONGITUD FIJA
NUMERO DE EQUIPO: 1
CODIGO: 3441
NUMERO SERVIREFRIARE: [illegible]
LONGITUD: 1.8 m
REFERENCIA: [illegible]
MARCA: Stanley Sisely
FECHA DE COMPRA: [illegible]
COLOR: Blanco

NORMA APLICABLE: ANSI/ASSE Z 10.32-2004
ESTADO: BUENO

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | [illegible] | | | | | |

| GUÍA DE INSPECCIÓN (Verifique que equipo esté | PRESENTA SI | PRESENTA NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PIEZAS METÁLICAS** | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | |
| Tisuras | | X | | | | | | | | |
| **CINTAS O REATAS** | | | | | | | | | | |
| Puntos deshilachados | | X | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Fibras desgarradas | | X | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | |
| Quemaduras | | X | | | | | | | | |
| Manchas Fuertes | | X | | | | | | | | |
| Decoloración | | X | | | | | | | | |
| Costuras rotas o sueltas | | X | | | | | | | | |
| Puntas sueltas | | X | | | | | | | | |
| Contacto con químico | | X | | | | | | | | |
| Presentan suciedad | | X | | | | | | | | |
| **PIEZAS DE METAL** | | | | | | | | | | |
| Cortes | | X | | | | | | | | |
| Rotura | | X | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo | | X | | | | | | | | |
| Piezas flojas | | X | | | | | | | | |
| **ETIQUETAS** | | | | | | | | | | |
| Completas | X | | | | | | | | | |
| Legibles | X | | | | | | | | | |

[illegible] USO

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA "LORSA DE VIDA"



FECHA: 20/05/2020

VERSIÓN: 01

CÓDIGO: F_RH_1036

EQUIPO:

NÚMERO DE EQUIPO:

TIPO:

RESISTENCIA:

FECHA DE COMPRA:

NORMA APLICABLE: Circular No. 169 de 2008

LOTE:

NÚMERO:

MARCA:

COLOR:

ESTADO: NUEVO

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| OBJETO DE INSPECCIÓN (Marque con X cuando este en buen estado) | FEBRERO SI | FEBRERO NO | MARZO SI | MARZO NO | ABRIL SI | ABRIL NO | MAYO SI | MAYO NO | JUNIO SI | JUNIO NO | JULIO SI | JULIO NO | AGOSTO SI | AGOSTO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PRESENTA | | | | | | | | | | | | | |
| CUERDA | | | | | | | | | | | | | | |
| Puntos desgastados | | X | | | | | | | | | | | | |
| Costura | | X | | | | | | | | | | | | |
| Costuras externas | | X | | | | | | | | | | | | |
| Hilos sueltos | | X | | | | | | | | | | | | |
| Abrasión | | X | | | | | | | | | | | | |
| Quemaduras | | X | | | | | | | | | | | | |
| Manchas de pintura | | X | | | | | | | | | | | | |
| Deshilachado | | X | | | | | | | | | | | | |
| Contacto con calor o sudor | | X | | | | | | | | | | | | |
| Rayos solares | | X | | | | | | | | | | | | |
| Contaminación química | | X | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA - LIBRETA DE VIDA



FECHA: 28/03/2014

VERSIÓN: 01

CÓDIGO: F-RH-1010

ESCUDO: [illegible]

NÚMERO DE PRUEBA: [illegible]

TIPO: [illegible]

REGISTRADORA: [illegible]

FECHA DE ACUÑACIÓN: [illegible]

HORA APROXIMADA: [illegible]

LOTE: [illegible]

NUMERAL: [illegible]

MARCA: [illegible]

COLOR: [illegible]

DETALLE: BUENO

FECHA DE CLASIFICACIÓN

| | ENERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | [illegible] | | | | | | |

GUÍA DE CLASIFICACIÓN (Verifique que el color se encuentre...)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PRESENTA | | | | | | | | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Primer día/Fecha de... | |
| Central | |
| Cesante subsidio | |
| Fecha cesantía | |
| Retiro | |
| Diligencia | |
| Muertos Puntos | |
| Procesamiento | |
| Cesante Vista al Día | |
| Puntos subtotal | |
| Revisión con [illegible] | |

REVISIÓN: [illegible]

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA SIDSOUETON

FECHA: 20/05/2024

VERSION: 01

CODIGO: F_SH_1030

EQUIPO:

NUMERO DE EQUIPO:

REFERENCIA:

FECHA DE COMPRA:

COTA:

MARCA:

PESO:

ESTADO: BUENO

NORMA APLICABLE: ISO 4010 Y EN 081

| FECHA DE CERTIFICACIÓN | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10 - [illegible] | | | | | |

| GUIA DE INSPECCION (Verifique que aquellos ítems se encuentren en buen estado) | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METALICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y sueltas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Roturas | | X | | | | | | | | | | |
| [illegible] REVIADO: [illegible] | LASO | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA MOSQUETON

FECHA: 2/05/2024
VERSIÓN: 01
CODIGO: F_RM_1038

EQUIPO: 1
NÚMERO DE EQUIPO: 100 ACERCA
REFERENCIA: 12456
FECHA DE COMPRA: 20-1-25
LOTE: 24 10 SN
MARCA: Vista Peak
PESO: 5000 Vista
NORMA APLICABLE: CE 4016 + EN 362
ESTADO: BUENO

| FECHA DE CERTIFICACION | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11-2-25 | | | | | |

| GUIA DE INSPECCION (Verifique que el equipo este en buen estado) | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METALICAS | | | | | | | | | | | | |
| Fracturas | | X | | | | | | | | | | |
| Partes desgastadas y rajadas | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosion | | X | | | | | | | | | | |
| Grietas | | X | | | | | | | | | | |
| REVISO: | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FECHA: /05/2014

VERSION: 01

CODIGO: F-RH-1033

# HOJA DE VIDA FRENO ABROCHADOR PARA CUERDA

EQUIPO: FRENO

LOTE: NO TIENE

NUMERO DE EQUIPO:

MARCA: SIGRING ROCK

REFERENCIA:

PESO:

FECHA DE COMPRA:

ESTADO: BUENO

| FECHA DE REVISIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| OBJETO DE INSPECCION (Verifique que mantenga este en buen estado) | PRESENTA | | | | | | | | | | | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| PIEZAS METALICAS | | | | | | | | | | | | |
| Deformación | | X | | | | | | | | | | |
| Grietas, desgastes y fisuras | | X | | | | | | | | | | |
| Corrosión | | X | | | | | | | | | | |
| Fisuras | | X | | | | | | | | | | |
| Observaciones | | Bueno | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES.

HOJA DE VIDA FRENO ARRASTRADOR PARA CUERDA

FECHA: JUNIO 2014
VERSION: 01
CODIGO: F-SSI-1032

EQUIPO: LOCKER #1013 FRENO
NUMERO DE EQUIPO: 1
REFERENCIA: PA 300 19
FECHA DE COMPRA: 2 / 2 / 15
NORMA APLICABLE: CE EN 12841 - B / NFPA

COLOR: NO TIENE
MARCA: SINGING ROCK
PESO: 65 g
ESTADO: BUENO

| FECHA DE REVISIÓN | FEBRERO 12 / 15 | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FICHA DE INSPECCIÓN (verificar que cumpla esta en buen estado) | PRESENTA | | | | | |
| | SI / NO | SI / NO | SI / NO | SI / NO | SI / NO | SI / NO |
| PARTES METÁLICAS | | | | | | |
| Deformación | X | | | | | |
| Pernos desgastados y flojos | X | | | | | |
| Corrosión | X | | | | | |
| Fisuras | X | | | | | |
| REVISO | LUCAS | | | | | |

OBSERVACIONES




Esquema de certificación 5

Otorga el certificado de conformidad de producto ICONTEC (Esquema de certificación 5 según ISO/IEC 17067) para:
It grants the certificate of conformity product ICONTEC (certification Scheme 5 according ISO/IEC 17067) for:

## ARNESES DE CUERPO COMPLETO

Fabricado por **COMERCIALIZADORA 3G E.U.**, en la

M.P. Cota kilómetro 2,5 vía Siberia Portos Sabana 80 Bodega 91, Cota, Cundinamarca, Colombia,

identificada con número de NIT 830.147.413-1

Manufactured by **COMERCIALIZADORA 3G E.U.** in the

M.P. Cota kilómetro 2,5 vía Siberia Portos Sabana 80 Bodega 91, Cota, Cundinamarca, Colombia,

identified with **NIT number 830.147.413-1**

El derecho del uso del certificado de conformidad de producto se otorga con el referencial:
The right to use the certificate of conformity of product is granted with the ANSI Criteria:

## ANSI/ASSE Z 359.11 (2021)

**Requisitos de seguridad para arneses de cuerpo entero**
Safety requirements for full body harnesses

SECTOR ICS 13.340.60

Este certificado de conformidad de producto está sujeto a que la empresa y el producto cumplan permanentemente con los requisitos establecidos en el reglamento en el documento "Reglamento para la certificación de producto con Marca de Conformidad otorgada por ICONTEC" y en el que se verifican por ICONTEC

This certificate of conformity of product is subject to the company's and product's permanent fulfillment of the requirements set forth in the rules of the "Reglamento para la certificación de producto con Marca de Conformidad otorgada por ICONTEC" document, which are reviewed by ICONTEC.

Las referencias autorizadas para usar el certificado de conformidad de producto se incluyen en el documento anexo que es parte integral del presente certificado

The references authorized to back the certificate of conformity of product are included in annexed document and it is integral part of this certificate

Certificado CSC CER748010
Certificate

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Aprobación: | 2020-02-14 | Fecha Última Modificación: | 2022-04-11 |
| Approval Date: | | Last Modification Date: | |
| Fecha de Renovación: | | Fecha de Vencimiento: | 2026-02-13 |
| Renewal Date: | | Expiration Date: | |

Roberto Enrique Montoya Villa
Director Ejecutivo

SGS COLOMBIA S.A.S.
CRS-F490101
ORDEN No. 4510-33924
CERTIFICADO No. CRS17431
ORDEN CERT. No. CO-CERT2102001 77-02
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE PRODUCTO
STERLING ROPE

Certifica que el producto identificado como CUERDA TRENZADA CON TERMINACIÓN EN OJAL O MOSQUETÓN (SIN ACCESORIOS), importados y/o fabricados y comercializados en Colombia por STERLING ROPE; con referencias relacionadas en las siguientes páginas del presente documento, han sido evaluados de conformidad con:

ANSI/ASSE Z359.15:2014 – Safety Requirements for Single Anchor Lifelines and Fall Arresters for Personal Fall Arrest and Rescue Systems.
Numeral 4.3.1 Static Strength Test.

Estos productos han sido sometidos a toma de muestras, inspección, ejecución de pruebas de laboratorio y evaluación del sistema de gestión de calidad del fabricante de acuerdo con el esquema de certificación 5 de la norma ISO/IEC 17067:2013.

**Resultados obtenidos: CONFORME**

**Autorizado por:**

SGS COLOMBIA S.A.S.

**Camilo Ramirez**
**SGS Colombia S.A.S.**
Carrera 100 No. 25C-11, Bodega 3
Bogotá D.C., Colombia

Fecha de Emisión: 2021-03-10
Fecha de Vencimiento: 2026-03-10
Versión 2: 2021-03-12



Este documento es válido únicamente en su versión electrónica y puede ser verificado en www.sgs.co/es-ES/Online-Services/Verificacion-de-Documentos

Este documento es válido únicamente en su versión electrónica y puede ser verificado en www.sgs.co/es-ES/Online-Services/Verificacion-de-Documentos

Este documento ha sido expedido y cobrado de acuerdo con las condiciones generales de servicio accesibles en www.sgs.co/es-ES/Terms-and-Conditions. Su contenido refleja únicamente lo que el cliente comunicó, instruyó o solicitó y se refiere exclusivamente a la muestra o muestras recibidas y analizadas. Cualquier alteración, falsificación o uso indebido de este documento será perseguido en la medida permitida por la ley. Para cualquier consulta, contacte a info@sgs.co

SGS COLOMBIA S.A.S.
CRS-F490101
ORDEN No. 4510-33924
CERTIFICADO No. CRS17431
ORDEN CERT. No. CO-CERT21020017702

**CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE PRODUCTO**

STERLING ROPE

CUERDA TRENZADA CON TERMINACIÓN EN OJAL O MOSQUETÓN (SIN ACCESORIOS)

Fabricado(s) por STERLING ROPE:

| Referencia | Descripción | Referencia |
|---|---|---|
| 1130 | 9 MM | CUERDA TRENZADA CON TERMINACIÓN EN OJAL O MOSQUETÓN (SIN ACCESORIOS) |
| 1140 | 11 MM | CUERDA TRENZADA CON TERMINACIÓN EN OJAL O MOSQUETÓN (SIN ACCESORIOS) |
| 1150 | 12 MM | CUERDA TRENZADA CON TERMINACIÓN EN OJAL O MOSQUETÓN (SIN ACCESORIOS) |
| 1160 | 14 MM | CUERDA TRENZADA CON TERMINACIÓN EN OJAL O MOSQUETÓN (SIN ACCESORIOS) |

*** FIN DEL DOCUMENTO ***

Fecha de Emisión: 2021-03-10
Fecha de Vencimiento: 2026-03-10
Versión 7: 2021-03-12



This document is issued by the Company subject to its General Conditions of Service printed overleaf, available on request or accessible at http://www.sgs.com/terms_and_conditions.htm and, for electronic format documents, subject to Terms and Conditions for Electronic Documents at http://www.sgs.com/terms_e-document.htm. Attention is drawn to the limitation of liability, indemnification and jurisdiction issues defined therein. Any holder of this document is advised that information contained hereon reflects the Company's findings at the time of its intervention only and within the limits of client's instruction, if any. The Company's sole responsibility is to its client and this document does not exempt parties to any transaction from exercising all their rights and obligations under the transaction documents. This document cannot be reproduced, except in full, without prior written permission of the Company. Any unauthorized alteration, forgery or falsification of the content or appearance of this document is unlawful and offenders may be prosecuted to the fullest extent of the law.

CHILE

CONTROL COMPUTARIZADO DE
ENSAYOS DESTRUCTIVOS
REPORT DE ENSAYO LABORATORIO TECNICO

REPORT DE ENSAYO: 259

FECHA ENSAYO : 29-AGOSTO-2024
EMISIÓN DOCUMENTO: 13-SEPTIEMBRE-2024

Nombre Solicitante : ALTCAR | DE COLOMBIA S.A.S

Producto / ID : CAVEL-PVETOLL501

Norma Aplicable : ANSI/ASSE Z359.3-2007
ANSI/ASSE A10.32-2012

Descripción de Producto : Cabo de vida (estroboscópico), simple de [illegible] [illegible] (anticorrosión de cinta alta) Ø5 (mm) y regulable mediante hebilla de paso de 1", con mosquetón (HARD) doble [illegible] y [illegible] (ANSI) cable corto de seguridad en el otro extremo. Máxima longitud de la cinta 1,90 m

Requisitos Normativos de ensayo:

Estático/Trayectoria:

- ✓ Estrobo (mm) : [illegible]
- ✓ Estrobo Regulable : a) Posición [illegible] por un periodo de 5 minutos mínimo sin rotación.
b) No se debe [illegible] por un desplazamiento de la [illegible]
c) Fricción [illegible] por un tiempo de 1 minuto sin rotación.
d) Tiempo en [illegible] 300 [illegible] 5 minutos.

Dinámico/Impacto:

| | |
|---|---|
| Masa de Ensayo(Kg) | 100 |
| Distancia Caída Libre(Dcl) | 2m |
| Largo Estrobo Acero (m) | 1,90m |
| Impacto | Apto |
| Fuerza Max de deceleración de caída (Fmx) | N/A |
| Fuerza mín de detención de caída (Fmn) | N/A |
| Fuerza Promedio de detención (Fpr) | N/A |
| Distancia de elongación(D) | N/A |
| Factor caída(Fc) | 0 |

OPERADOR DE ENSAYO: Claudio Espinoza Z.

ASISTENTE DE ENSAYO: Miguel Guzmán S.

Tabla de Resultados Estáticos:

| Punto de Anclaje | Tracción [Lbs] | Elongación | Resultado |
|---|---|---|---|
| Extremos | 1036 | 4,12cm | Cumple con requisitos normativos |
| Extremos | 5121 | N/A | Cumple con requisitos normativos |

Tabla Resultados Dinámicos:

| Punto de Anclaje | Tipo de Ensayo | Resultado |
|---|---|---|
| Extremos | Impacto | Cumple con requisitos normativos |

Conclusión: En base a los resultados obtenidos el equipo CHILESIN 1.00 cumple con los requisitos normativos de ANSI/ASSE Z359,1-2007; ANSI/ASSE A10,32-2012 bajo certificación IQNet CL-0364 S/A

Validez Test Report un año desde la fecha de emisión.

Claudio Espinoza Z.
Laboratorio Técnico

Daniel Ochoa C.
Departamento Técnico

Laboratorio:
El laboratorio Chilesin está bajo Certificación IQNet con norma ISO 9001:2008 y todos sus productos está Certificados de Conformidad por Normas ANSI/ASSE.

Sello de Calidad

ANSI/ASSE Z359,1-2007
Requisitos de Seguridad para Sistemas de Posicionamiento y Restricción de Desplazamiento
CSC-CER306219

Sello de Calidad

ANSI/ASSE A10,32-2012
Protección Personal Contra Caídas Mortales en Operaciones de Construcción Y Demolición.
CSC-CER306217

LINK TECH

# MOSQUETON N-Z88G

## Mosqueton Gancho Gatillo Carbiner



- **Resistencia 50kN**
- Acero de alta resistencia.
- Resistencia 50kN
- Seguro automatico.
- tipo D asimétrico tipo
- Apertura 17milímetros = 0,67 pulgadas
- Puerta 3600lbs
- Tratamiento térmico: 35 – 42 HCR
- Pruebas resistencia corrosión: 48 hrs
- Doble Sistema de Seguro
- Peso 280gr
- ANSI Z359-12 2019
- CSA Z259.12
- EN362:2004

**Aplicaciones y/o Recomendaciones:**
**Conectar en forma rápida y reversible diversos componentes, equipos**

Distribuidor Autorizado:

**ANSI Z359.12-2019**

www.linktech.com.co - linktech@lt.com.co

ES

# DECLARACIÓN UE DE CONFORMIDAD

Fabricante:

SINGING ROCK s.r.o.
Ponikla 317
514 01 Ponikla
CZ-Republica checa
VAT: CZ03741044

declara que el EPI descrito a continuación.
Código de producto: **C2075; C2076; W1044**
Nombre del producto: **Sling 16 mm; Rescue sling 16 mm**

Descripción de producto: EPI contra caída desde altura - **Sling**

es conforme con la legislación de armonización de la Unión aplicable:

Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo y con las normas no.
**EN 566:2017**

el organismo notificado:
**VVUÚ, a.s., Pikartská 1337/7, 716 07 Ostrava – Radvanice, Czech Republic, NB 1019,**
ha efectuado el examen UE de tipo (módulo B) y ha expedido el certificado de examen UE de tipo
**1019-204/Q/2018**
fecha de emisión 22.06.2018

el EPI está sujeto al procedimiento de evaluación de la conformidadcon el tipo basada en el aseguramiento de la calidad del proceso de producción (módulo D) bajo la supervisión del organismo notificado **VVUÚ, a.s., Pikartská 1337/7, 716 07 Ostrava – Radvanice, Czech Republic, NB 1019**

Emitido en Ponikla 25/07/2019

Ing. Jana Novotná
Gerente de Calidad

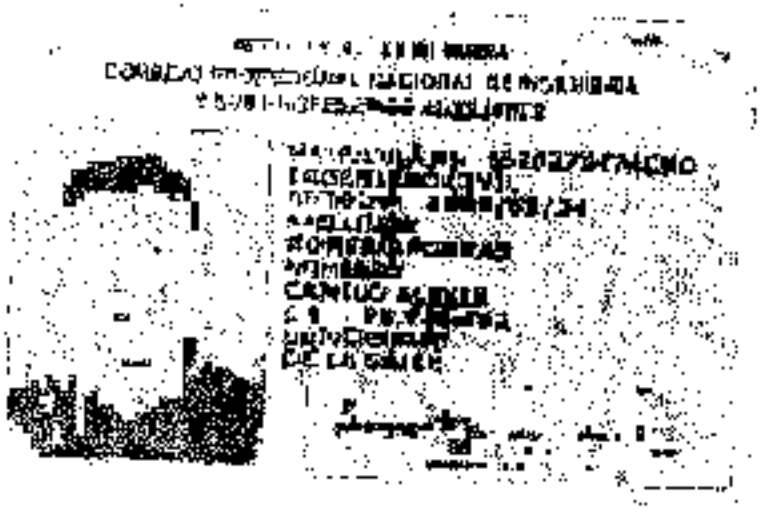
## CERTIFICACIÓN

La empresa CONSORCIO MITIGACIÓN CODITO FASE 4, identificada con NIT. 901821886-1, mediante el Ingeniero CAMILO ALEXIS ROMERO PORRAS, identificado con C.C.79.746.462 y Matricula Profesional No 2520278474CND, certifica que los seis (6) puntos de anclajes instalados para el sostenimiento de los equipos de perforación, los cuales se instalaron a una profundidad de 2.50 y separados a un (1.5) metro de distancia, y para el personal que realiza las perforaciones, dos (2) anclajes de profundidad tres punto cincuenta (3.50) metros, separados cada un (1) metro, todos con un barras de acero de D= 1 ¼", cumplen con los estándares requeridos para la seguridad del personal que va a realizar las perforaciones, lo anterior, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 4272 de 2021 Por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas

Dada en Bogotá a los tres (3) días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

CAMILO ALEXIS ROMERO PORRAS
C C No. 79.746.462
Ingeniero, Magister Civil en Geotecnia.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

79.746.462

ROMERO PORRAS

CAMILO ALEXIS

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1976
SOGAMOSO
(BOYACA)

1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-AGO-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2024-3176661

**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA**
**COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que CAMILO ALEXIS ROMERO PORRAS, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 79746462, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA CIVIL con MATRICULA PROFESIONAL 25202-78474 desde el 24 de Agosto de 1999, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1660.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

**Rubén Darío Ochoa Arbeláez**

Firma del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos actuales de selección de contratistas. La falsa de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para validar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

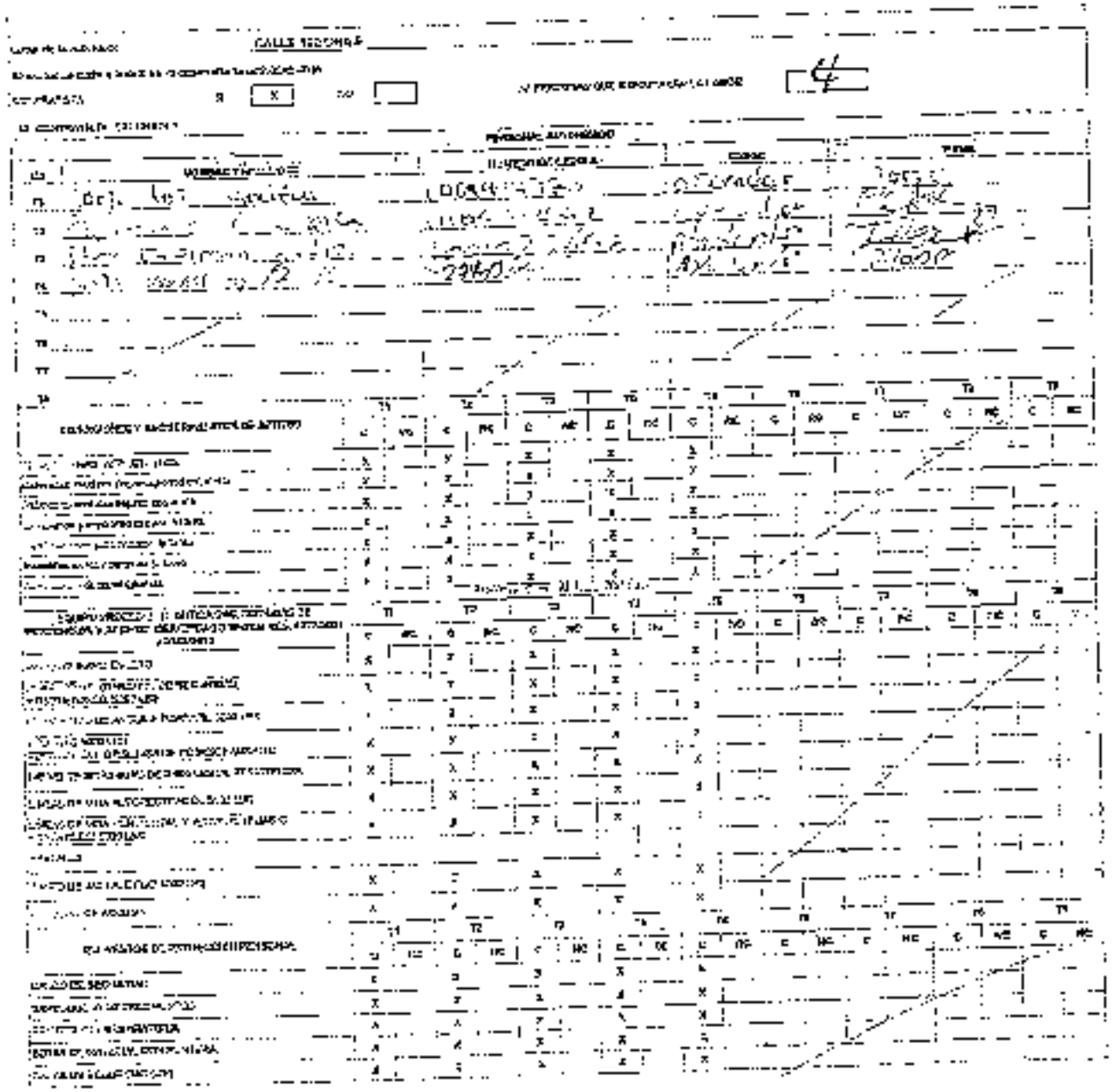
Para verificar la integridad y autenticidad del presente documento generado en el sitio web https://certificados.copnia.gov.co/Copnia_Procesos/Certificados/CertificadosDigitales/Verificar.aspx, indicando el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento

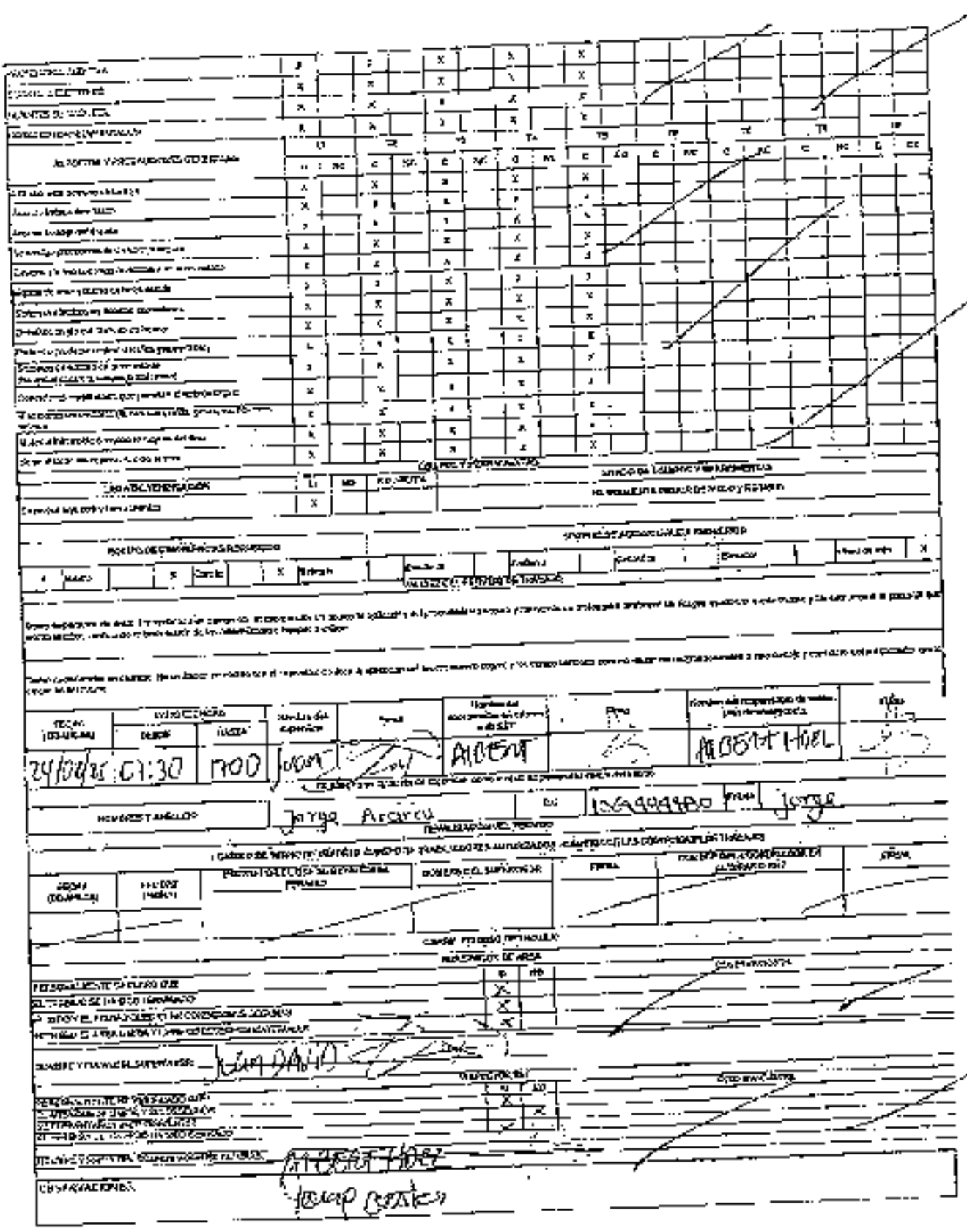
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARNESES PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INSTALACIÓN DE VARILLA DE PROTECCIÓN Y PERFORACIONES

CALLE SECUNDARIA





SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

X

17:00

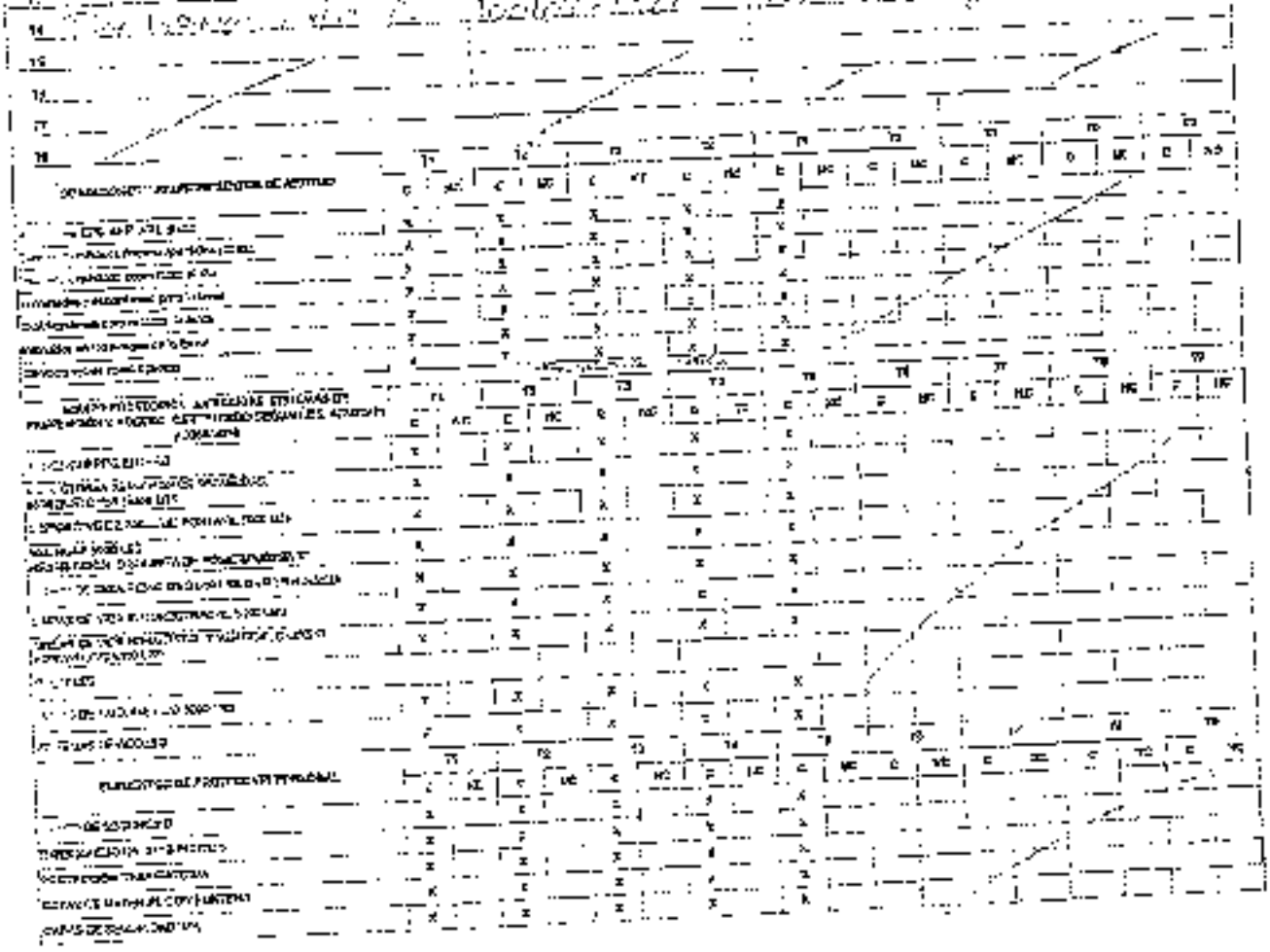
25 FEB 25

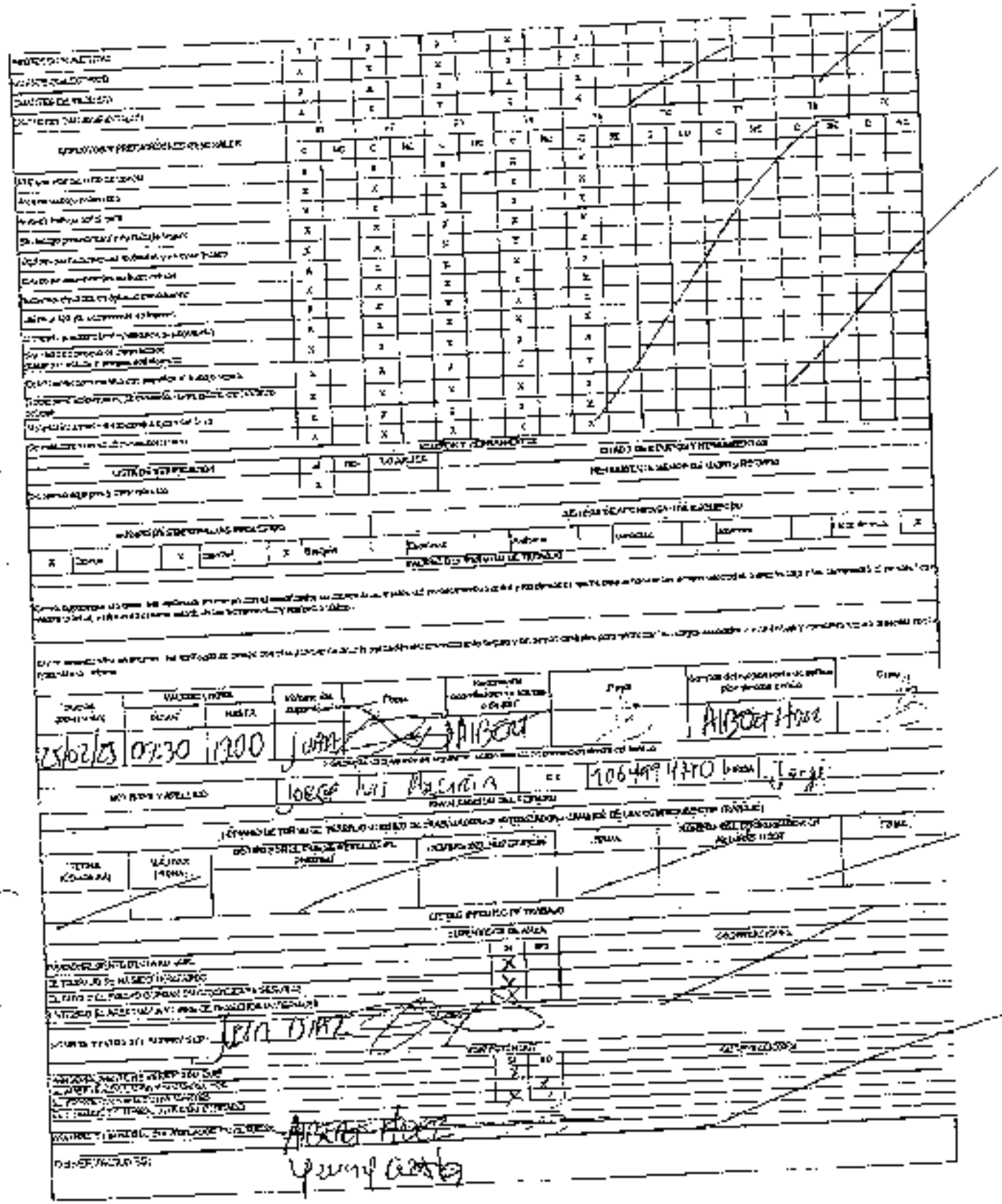
X

INSTALACIÓN DE VALLA DE SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA

CALLE 162 CRA 6

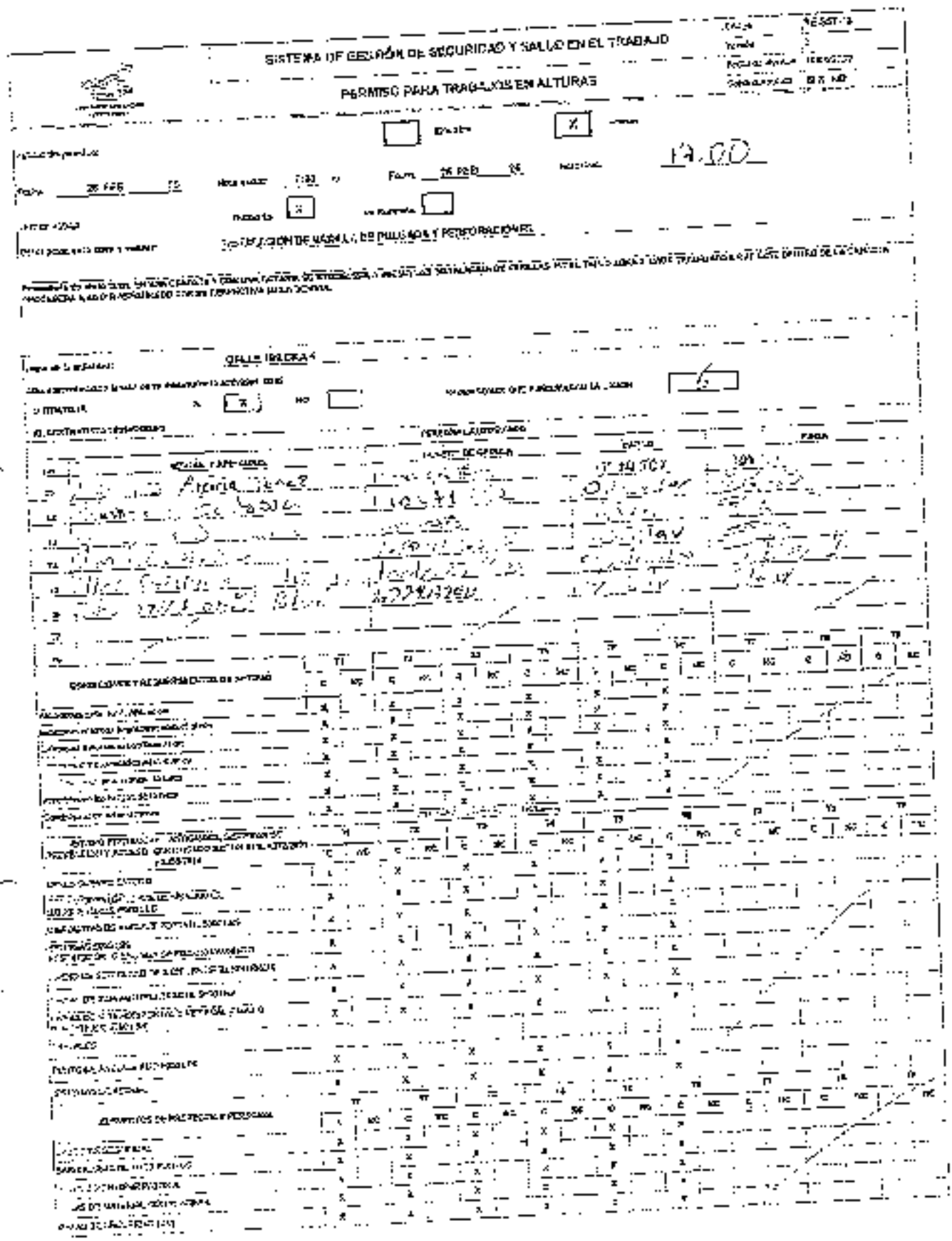
SI X NO

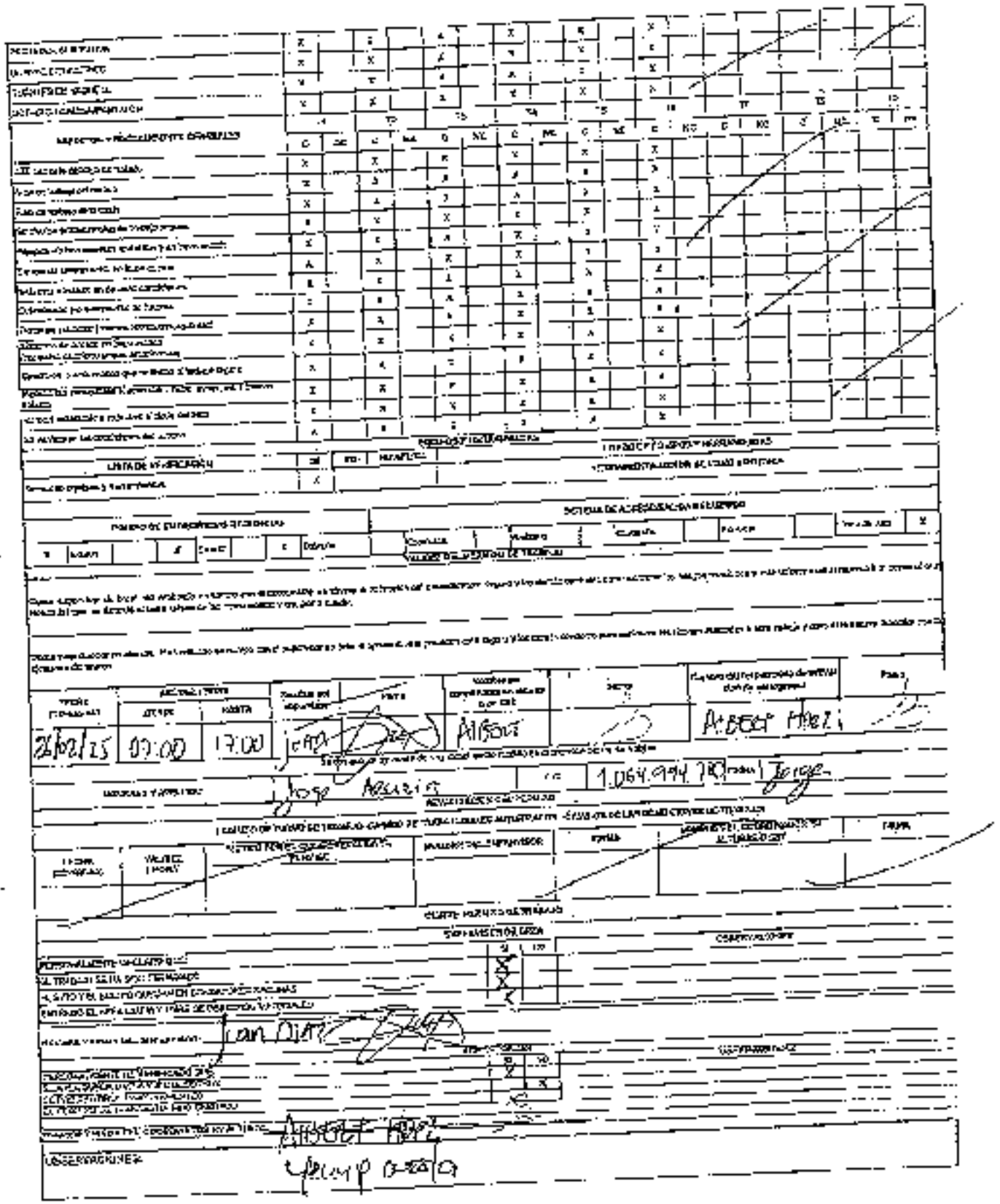




SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS





**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS**

[ ] [illegible] [X] [illegible]

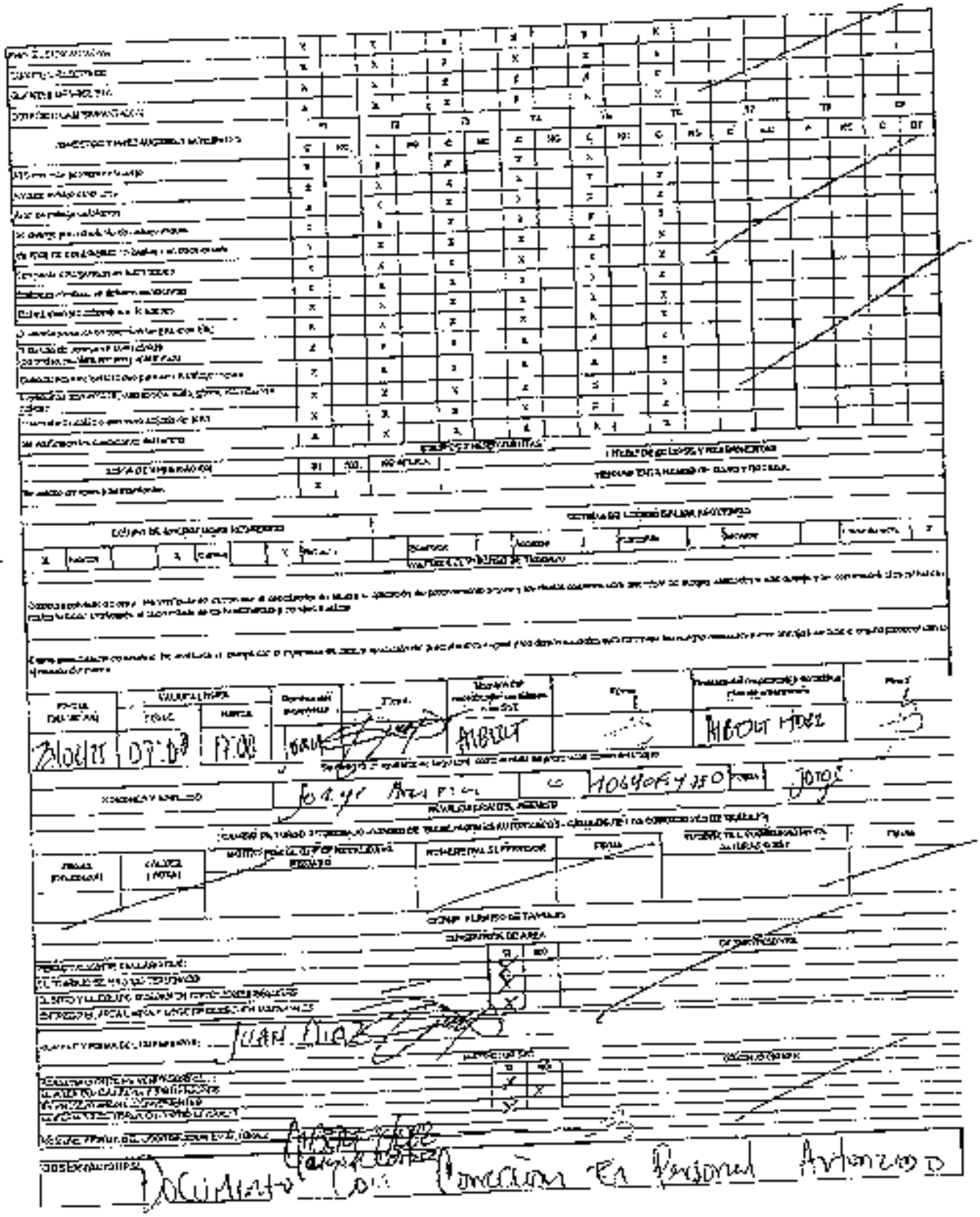
Fecha: 27 FEB 25 — Hora: 7:30 — Fecha: 27 FEB 25 — Hora: 13:00

[X] [illegible] [ ] [illegible]

INSTALACION DE VARILLA [illegible]

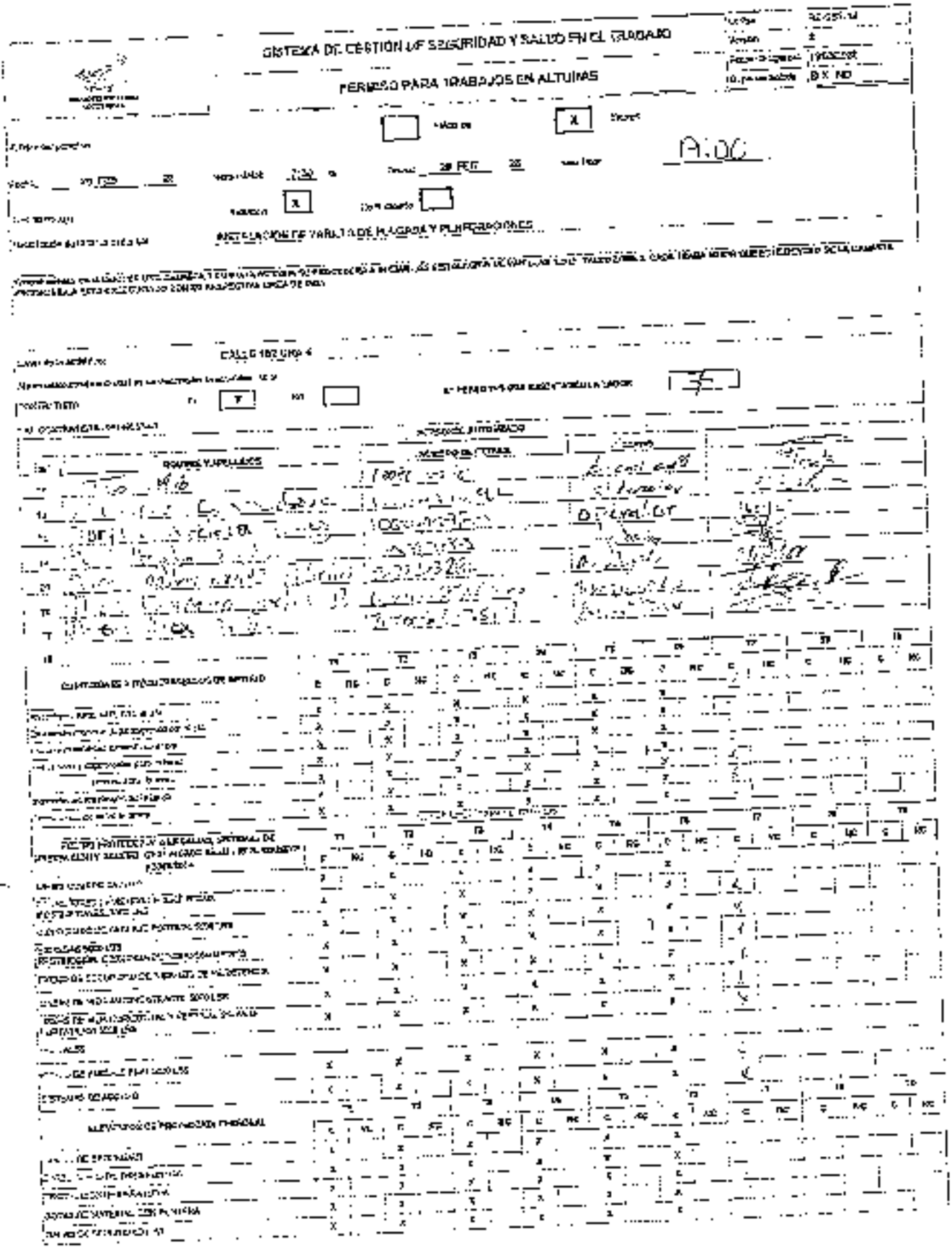
CALLE [illegible]

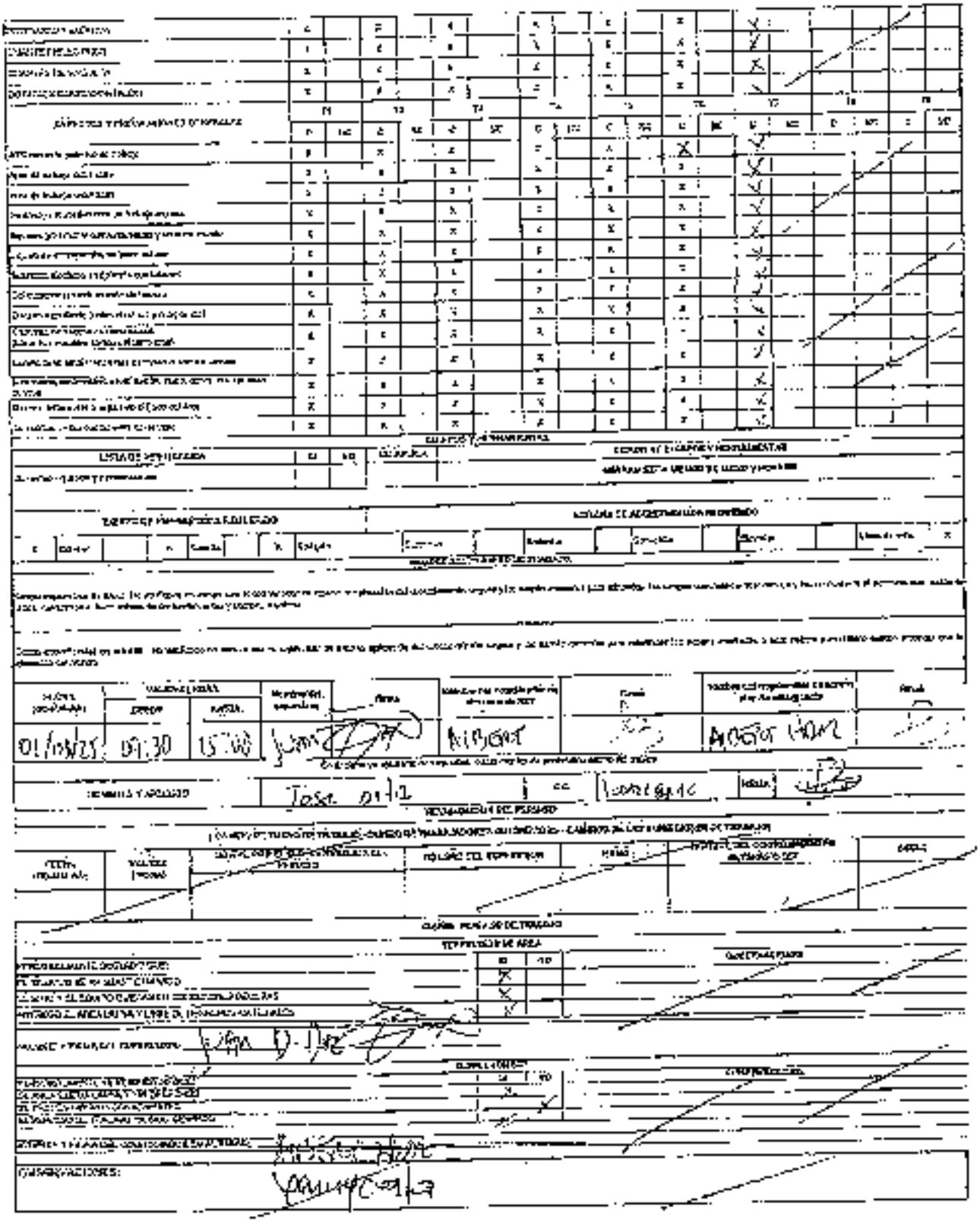
| Nombre | Número de cédula | Cargo | Firma |
| --- | --- | --- | --- |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

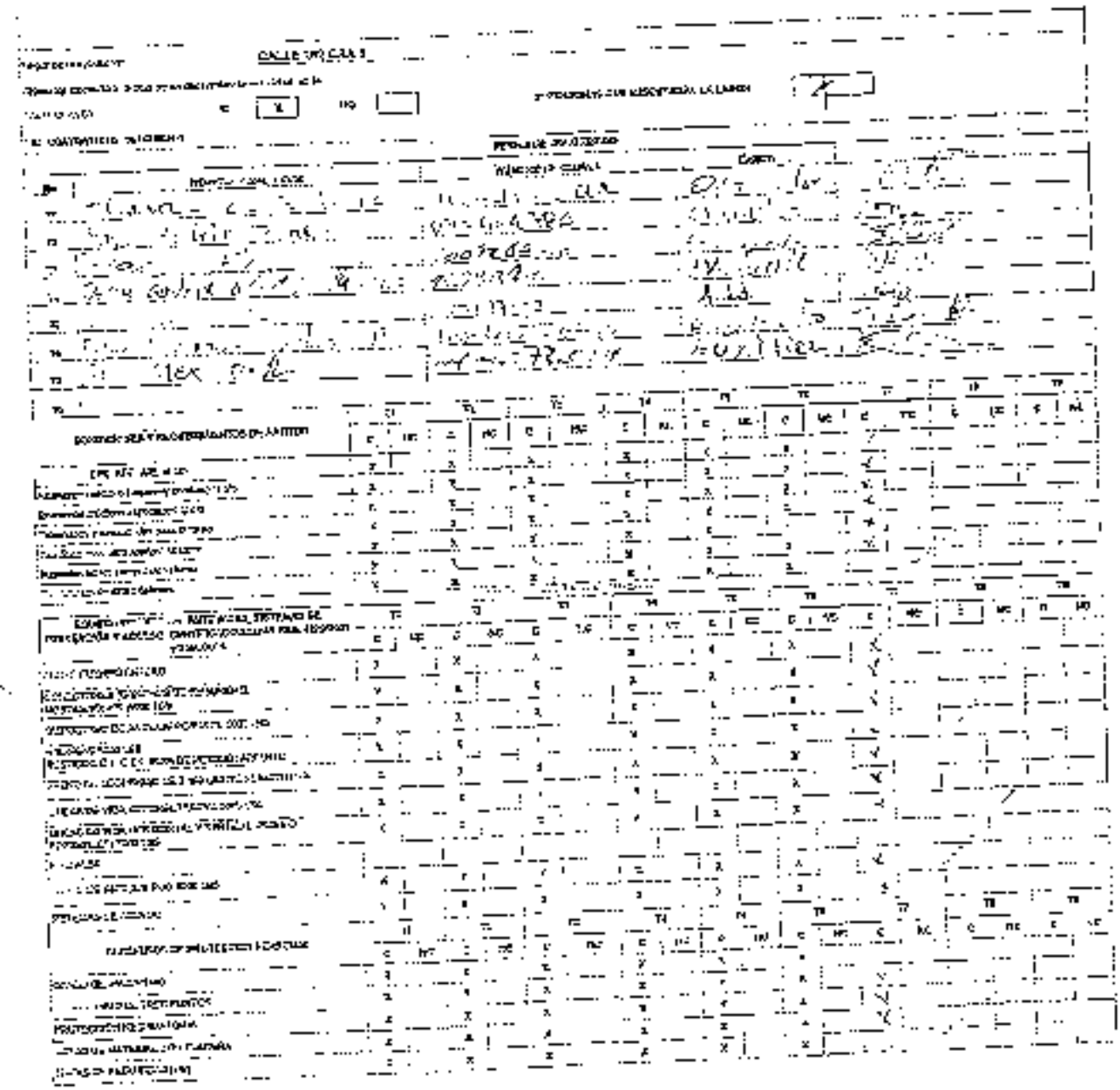


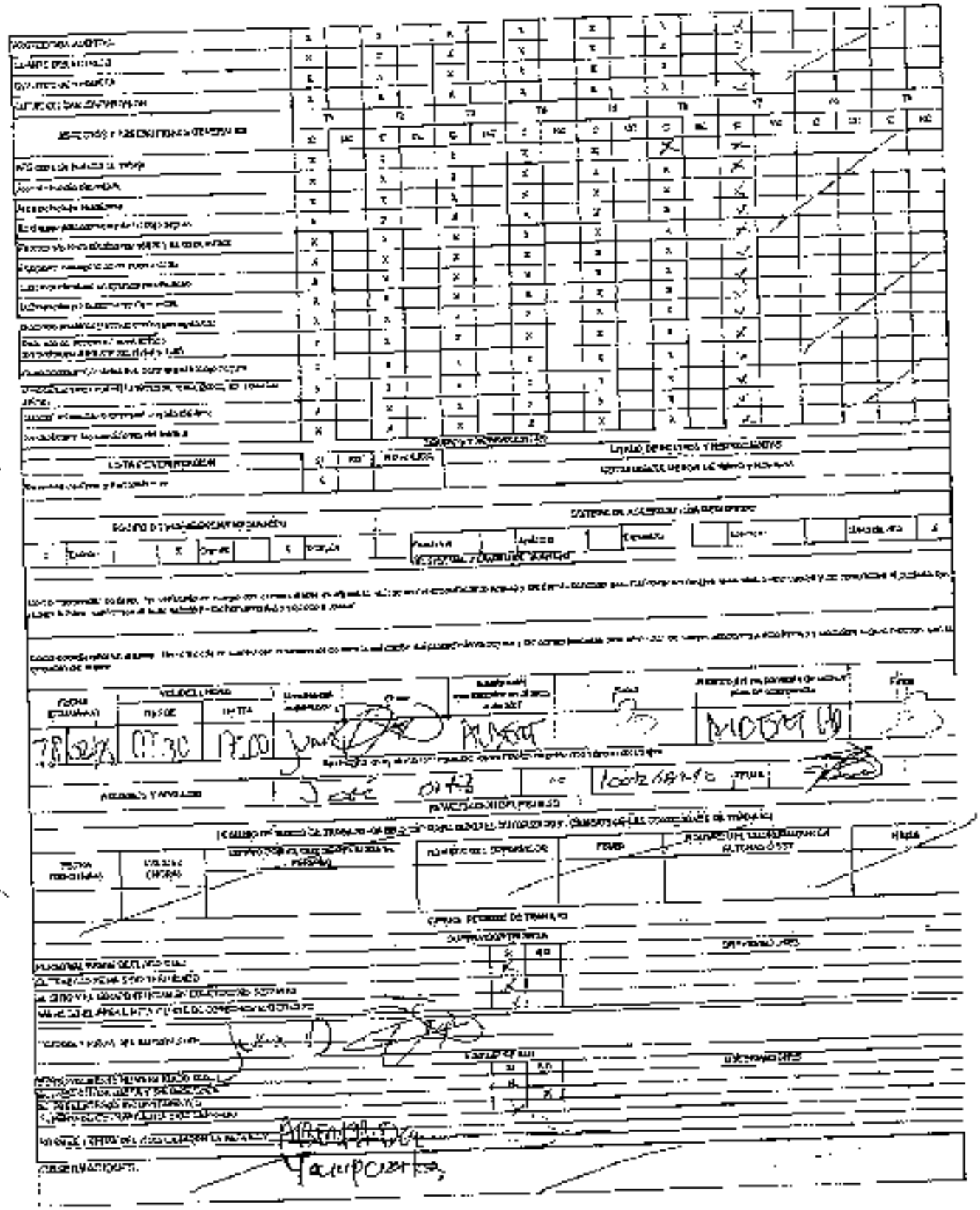


SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INSTALACION DE VARILLA DE POLICARBONATO





# SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

[illegible] X

Fecha: [illegible] MARZO 25 — [illegible] 7:30 — Fecha: [illegible] MARZO 25 — [illegible] 17:00 H

INSTALACIÓN DE VARILLA [illegible] POLEAMA Y [illegible]

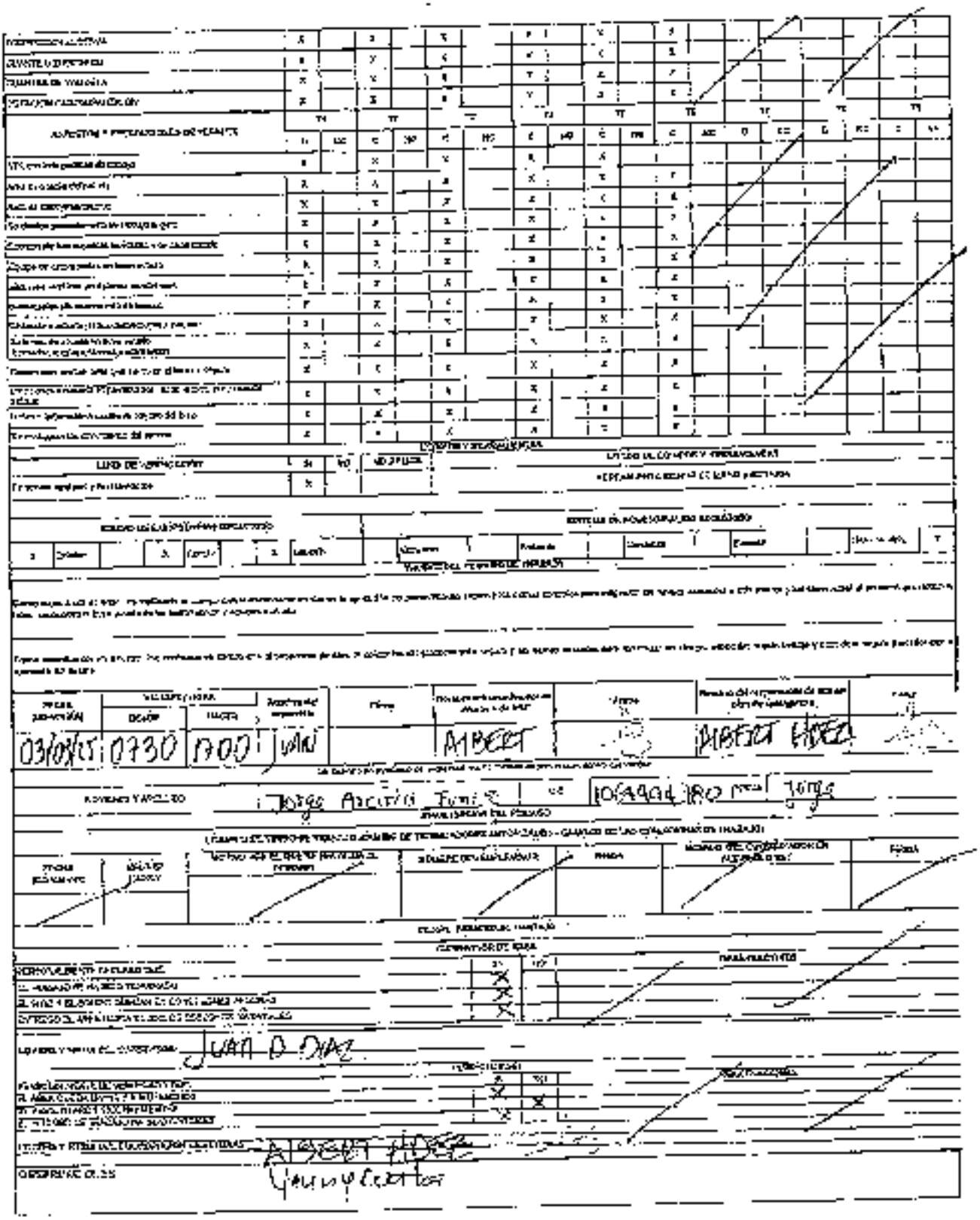
CALLE 143 CRA 5

[illegible] X

[illegible]

[illegible]

[illegible]



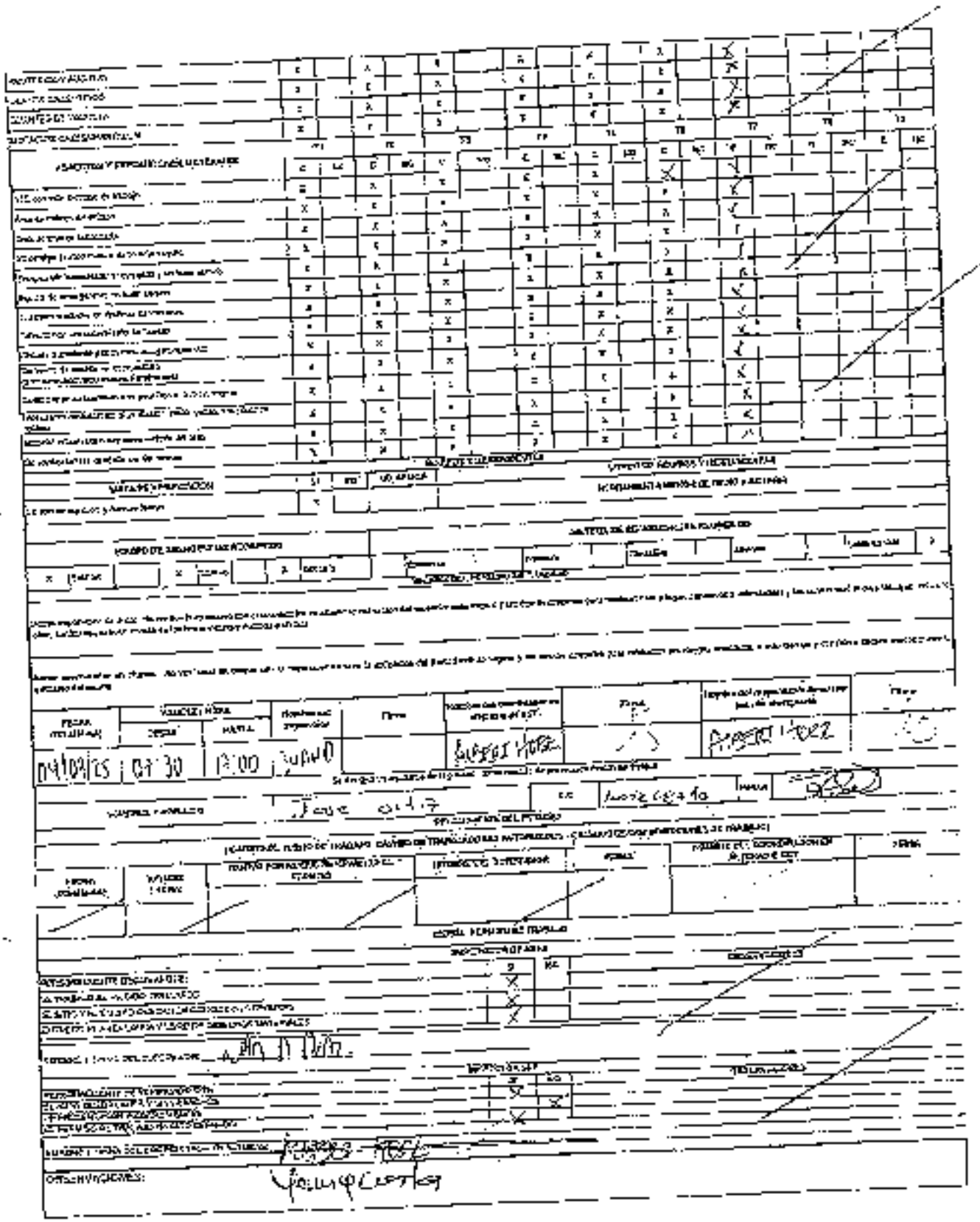
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

X

17:00

INSTALACIÓN DE MALLA DE PROTECCIÓN Y TEMPORALES



| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | [illegible] |
|---|---|---|
| PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS | Versión | [illegible] |

[illegible] X [illegible]

Fecha: 05 MARZO [illegible] — Hora inicio: 7:30 — Fecha: 05 MARZO [illegible] — Hora final: 17:00

Descripción de la tarea a realizar: INSTALACION DE VARILLA DE [illegible] Y PERFORACIONES

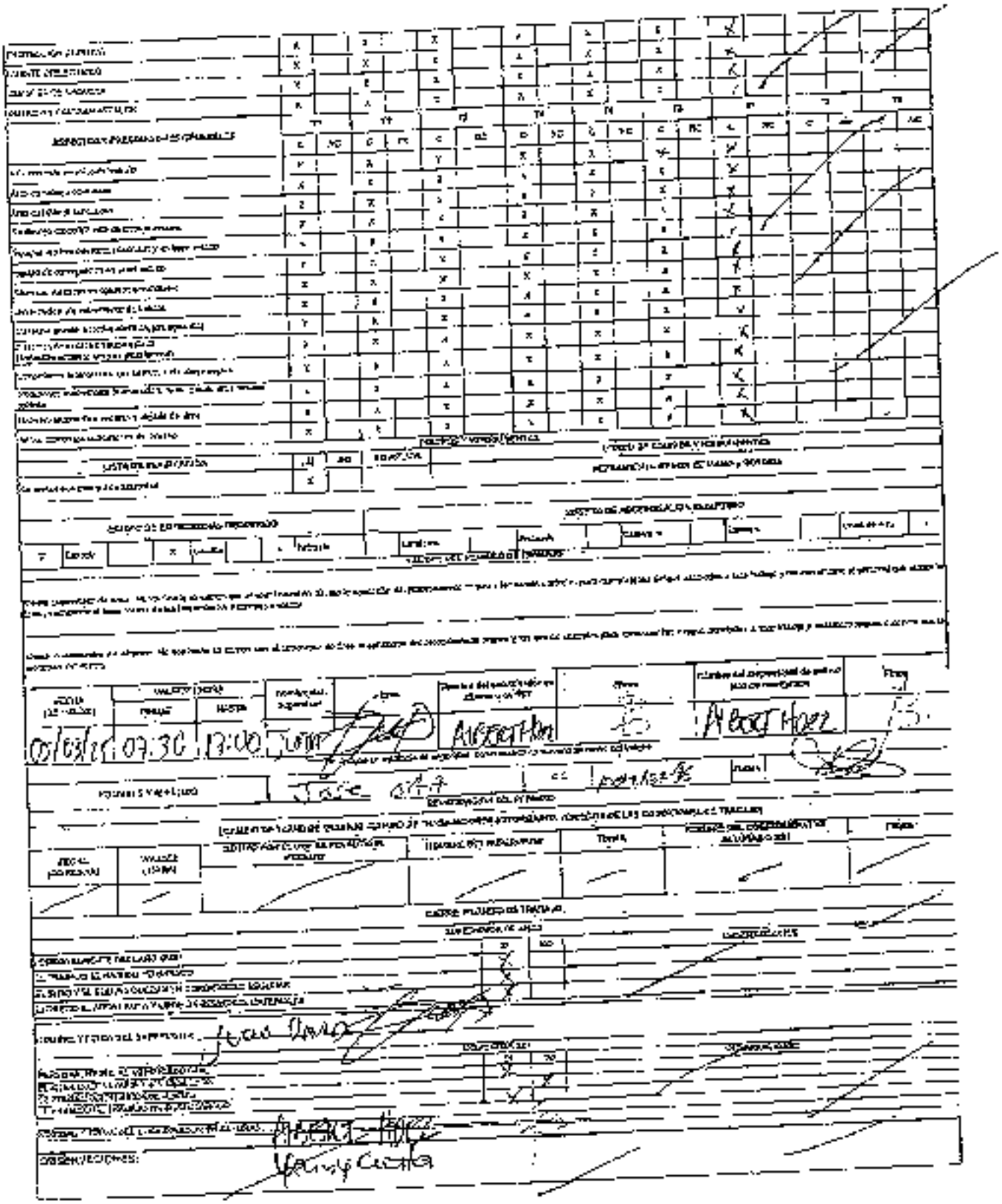
[illegible]

Lugar de trabajo: CALLE [illegible]

Número de personas que ejecutarán la labor: 07

| No. | Nombres y apellidos | Número de cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 6 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 7 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

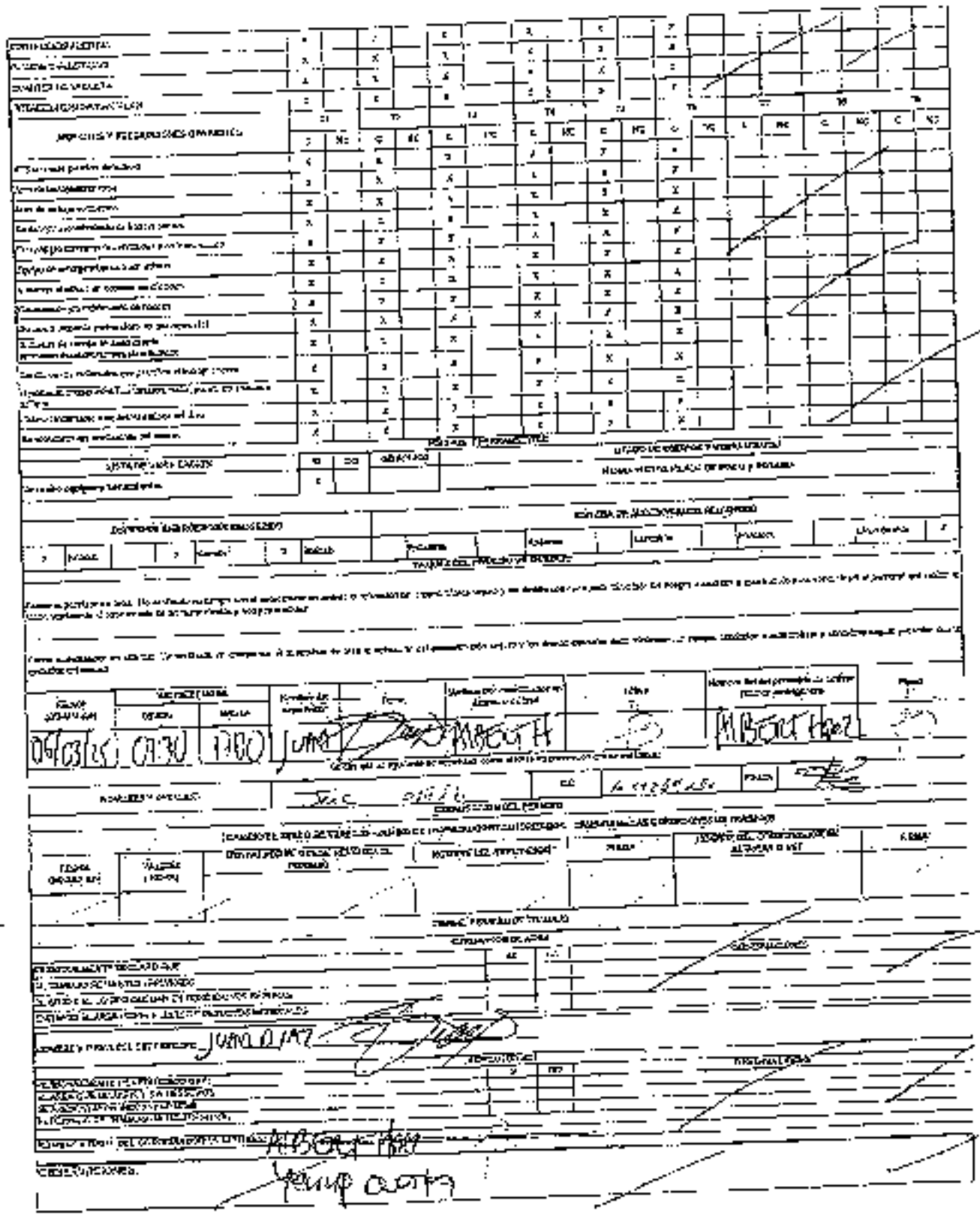
[illegible]



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

17:00 H



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

X

7 MARZO 25

7:30

7 MARZO 25

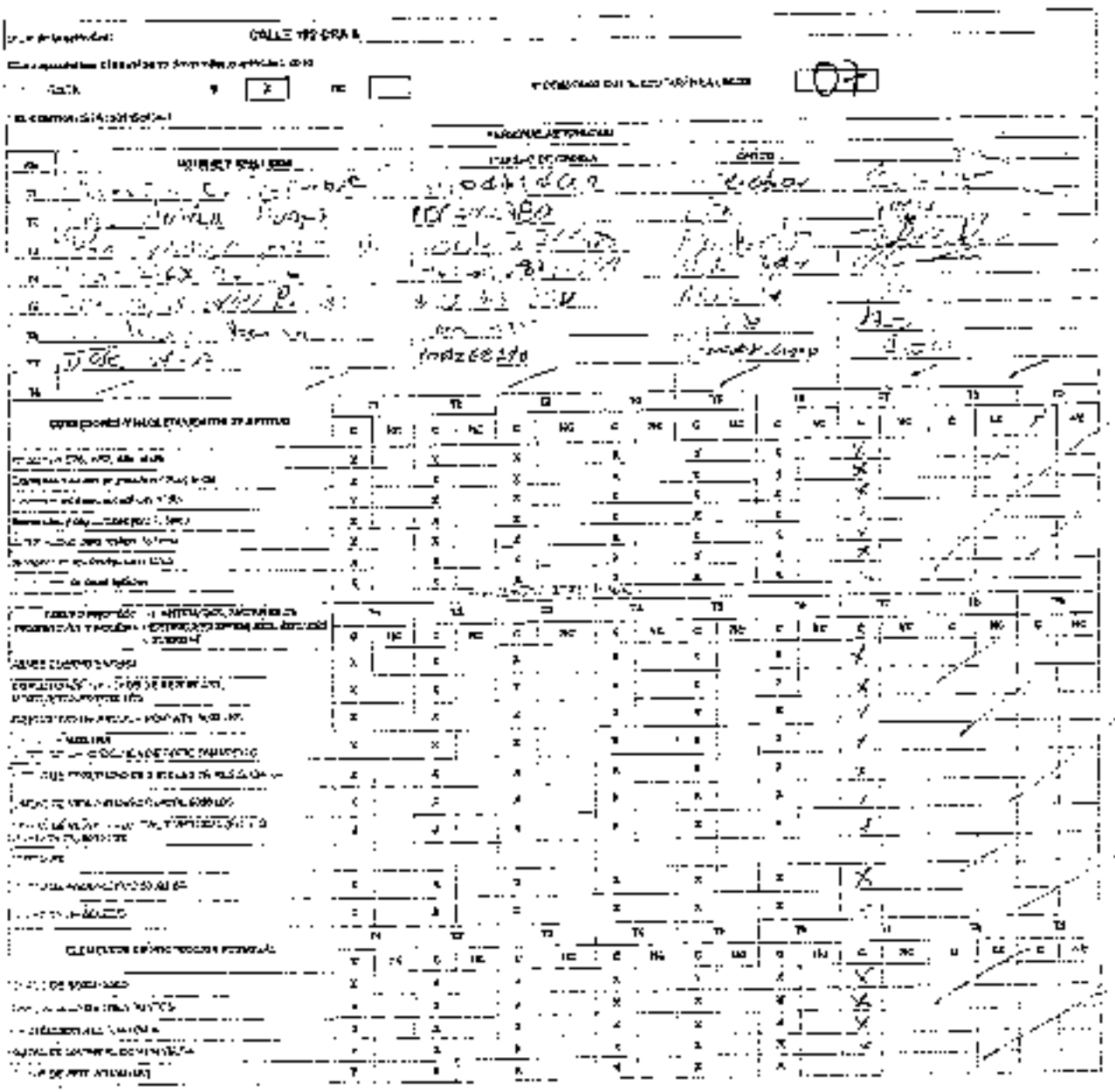
17:00 H

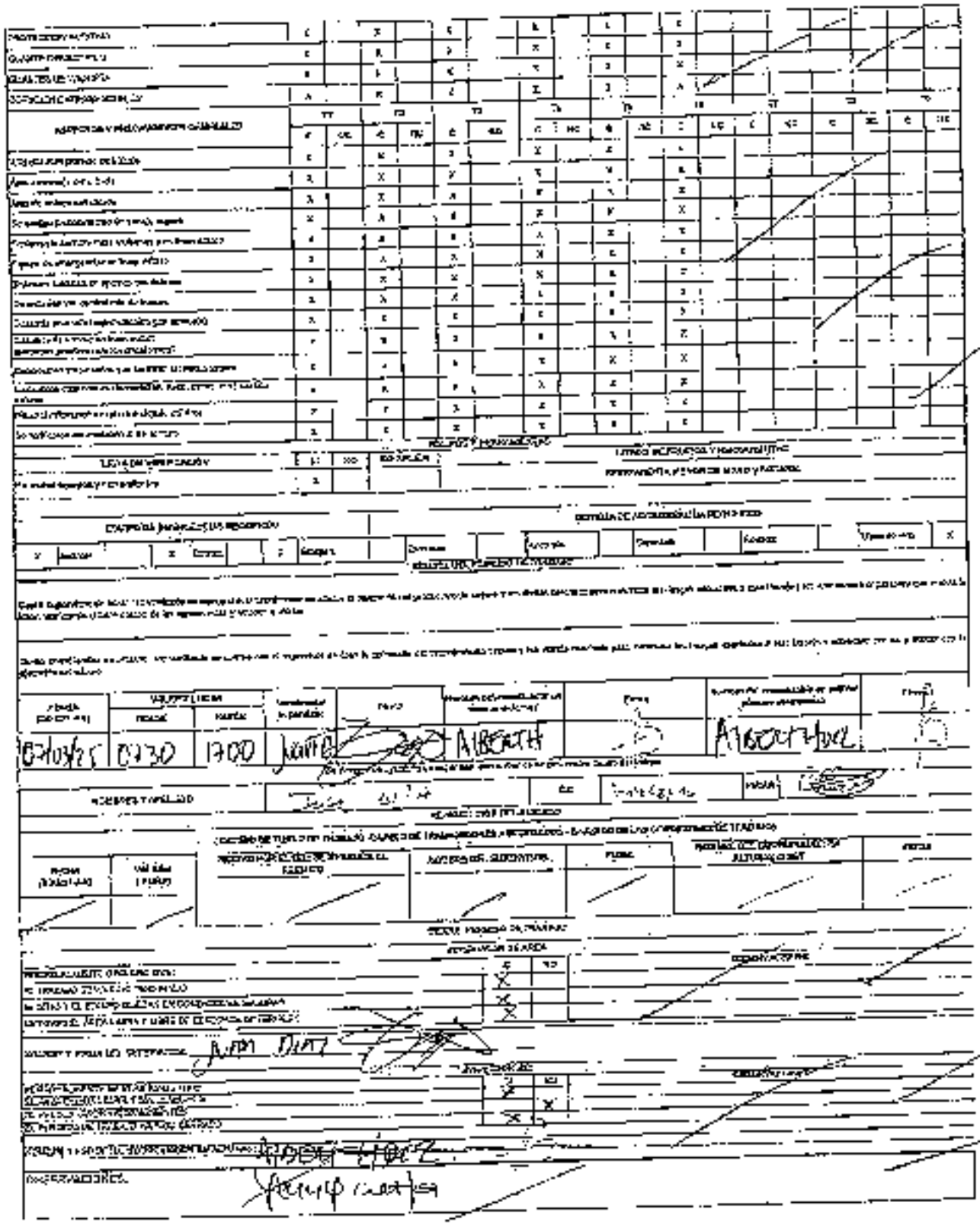
INSTALACION DE MALLA DE PROTECCION Y TERPOPANELES

CALLE 192 CRA 8

X

07





SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

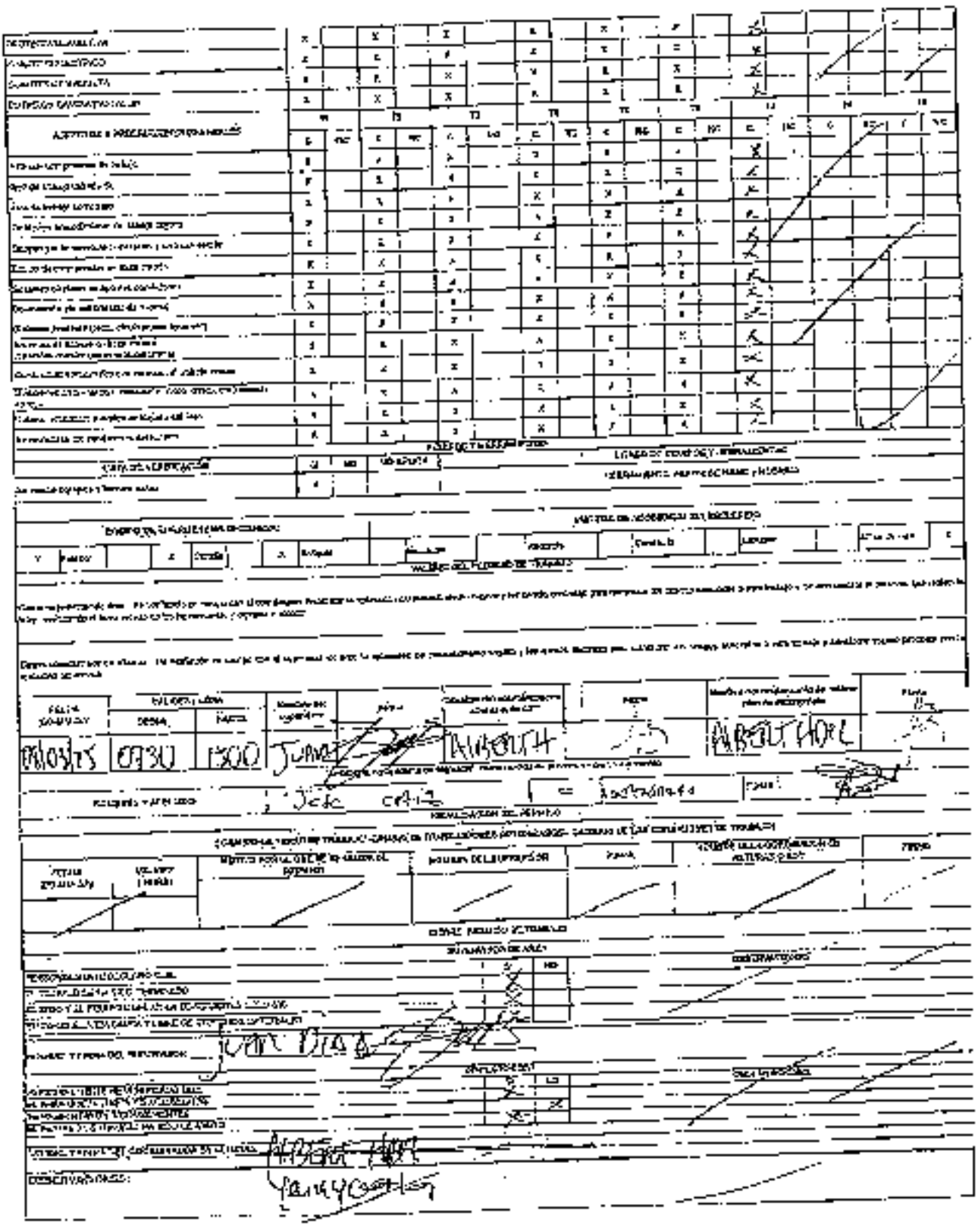
15:00

INSTALACIÓN DE VARILLA DESARMADA Y PORTACABLES

CALLE 102 CRA 8

SI X NO

ACTIVIDAD



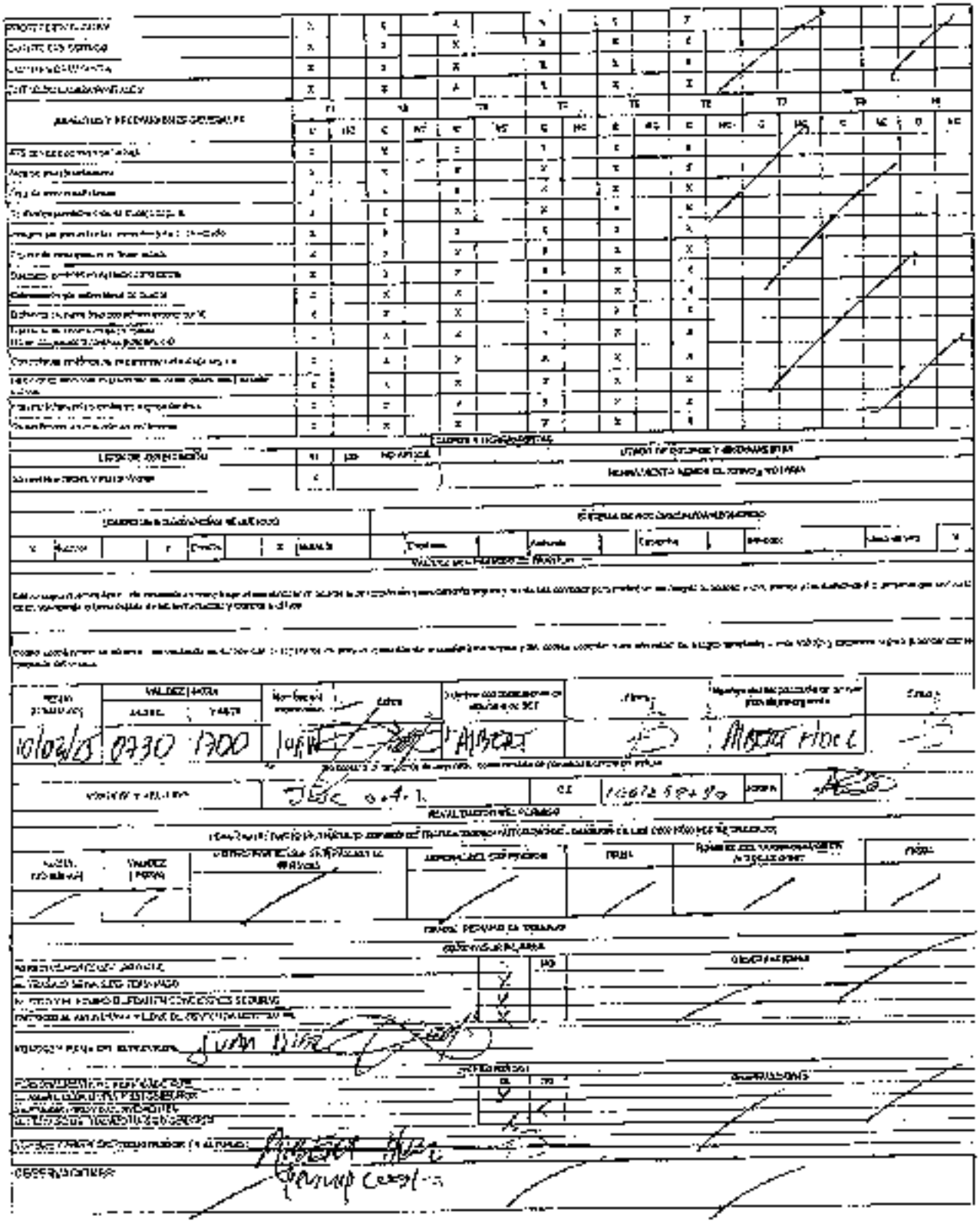
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

1700

INSTALACION DE MALLA DE PULGADA Y MEDIA PARA PANDEO





SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INSTALACION DE TABLILLA DE PULGADA Y PERFORACIONES

CALLE DE GRUAS

06

| FECHA | DESDE | HASTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11/03/15 | 0730 | 17:00 | JUAN [illegible] | ALBERT | [illegible] | ALBERT HDEZ | [illegible] | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| [illegible] | JUAN ORTIZ | C.C. | 1004266376 [illegible] |

JUAN DIAZ

ALBERT HDEZ

OBSERVACIONES:

[illegible]

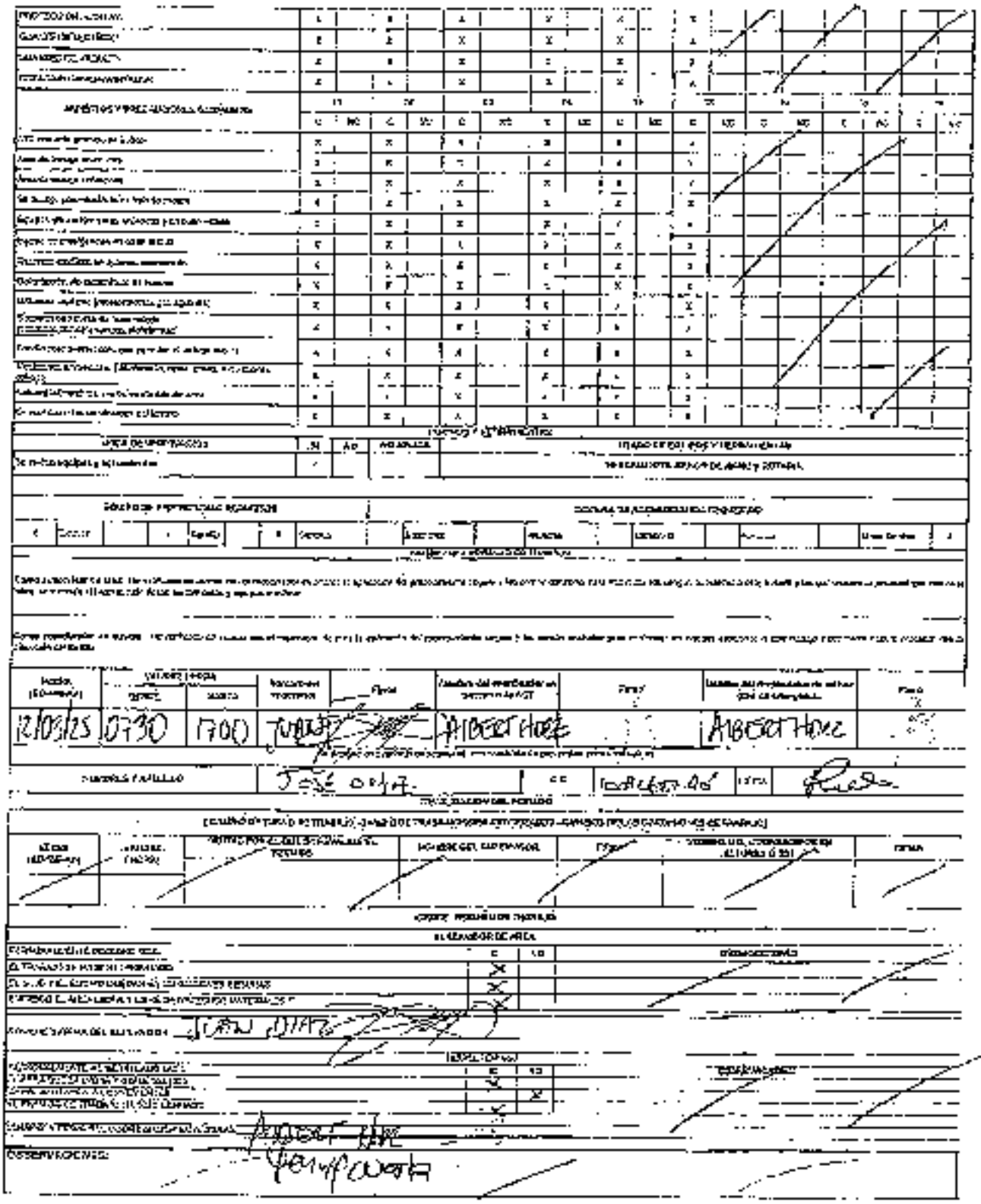
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INSTALACION DE VASIJAS DE PULGADAS Y REPARACIONES

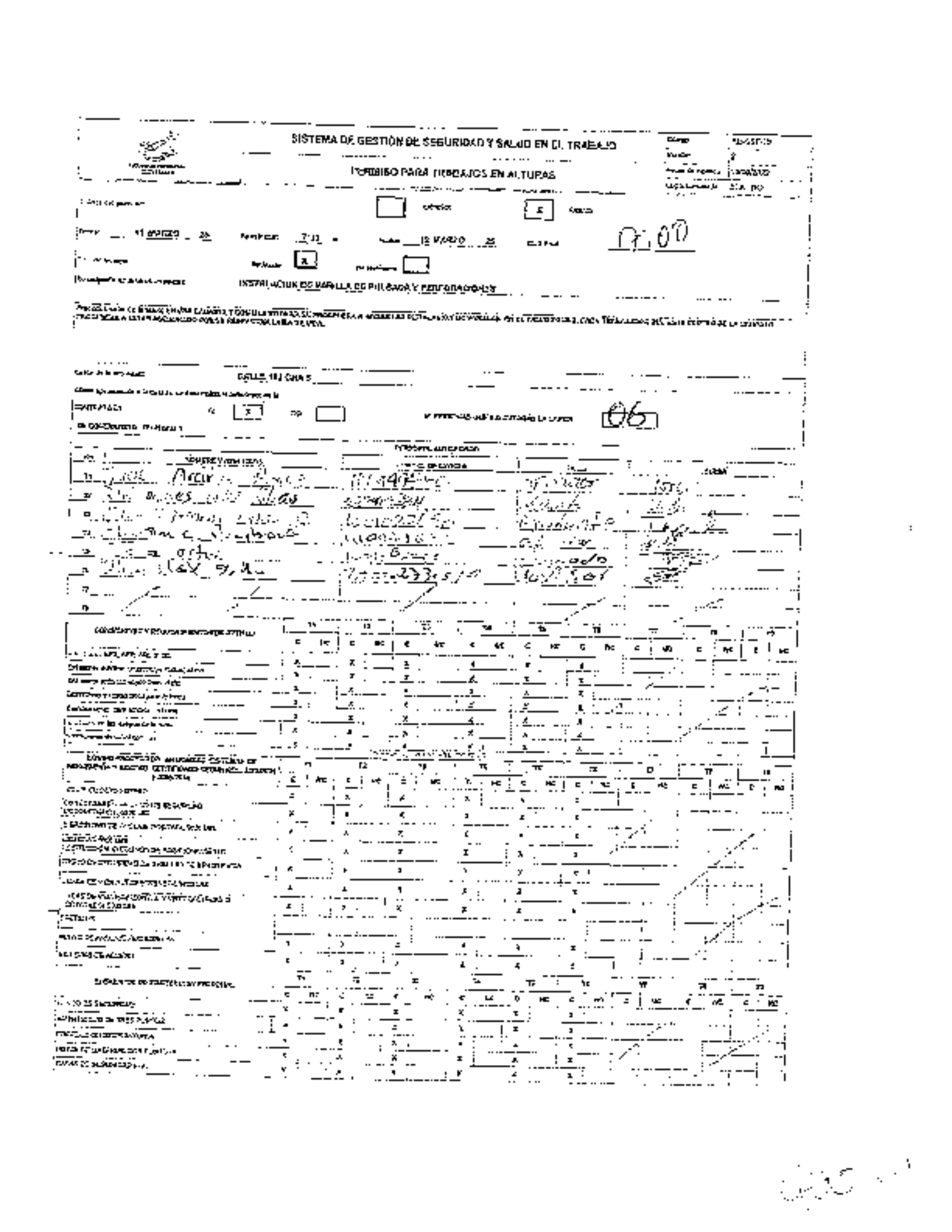
CALLE 48 CRA 5

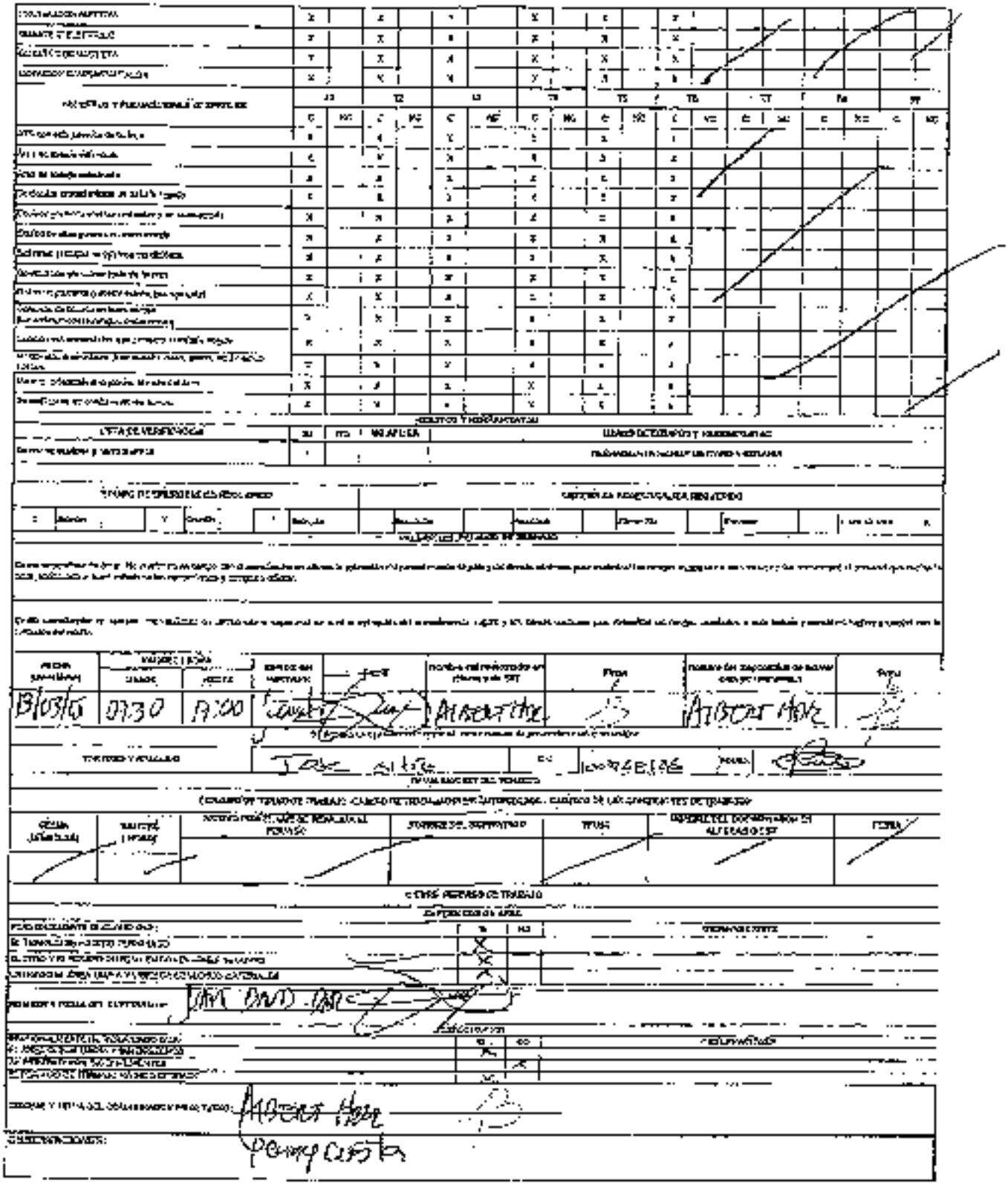
| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS





| | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código | [illegible] |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 2 |
| | PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS | Fecha de vigencia | [illegible] |
| | | Página | [illegible] |

Nombre del permiso: [ ] [illegible] [X] Altura

Fecha: 14 MARZO 24 Hora inicio: 7:00 Fecha: 14 MARZO 24 Hora final: 08:00

Tipo de trabajo: Rutinario [X] No Rutinario [ ]

Descripción del trabajo a realizar: INSTALACION DE VARILLAS [illegible]

[illegible]

Dirección: CALLE 167 CRA 6

[illegible]

[illegible] SI [X] NO [ ] N° PERSONAS QUE [illegible]: 06

[illegible]

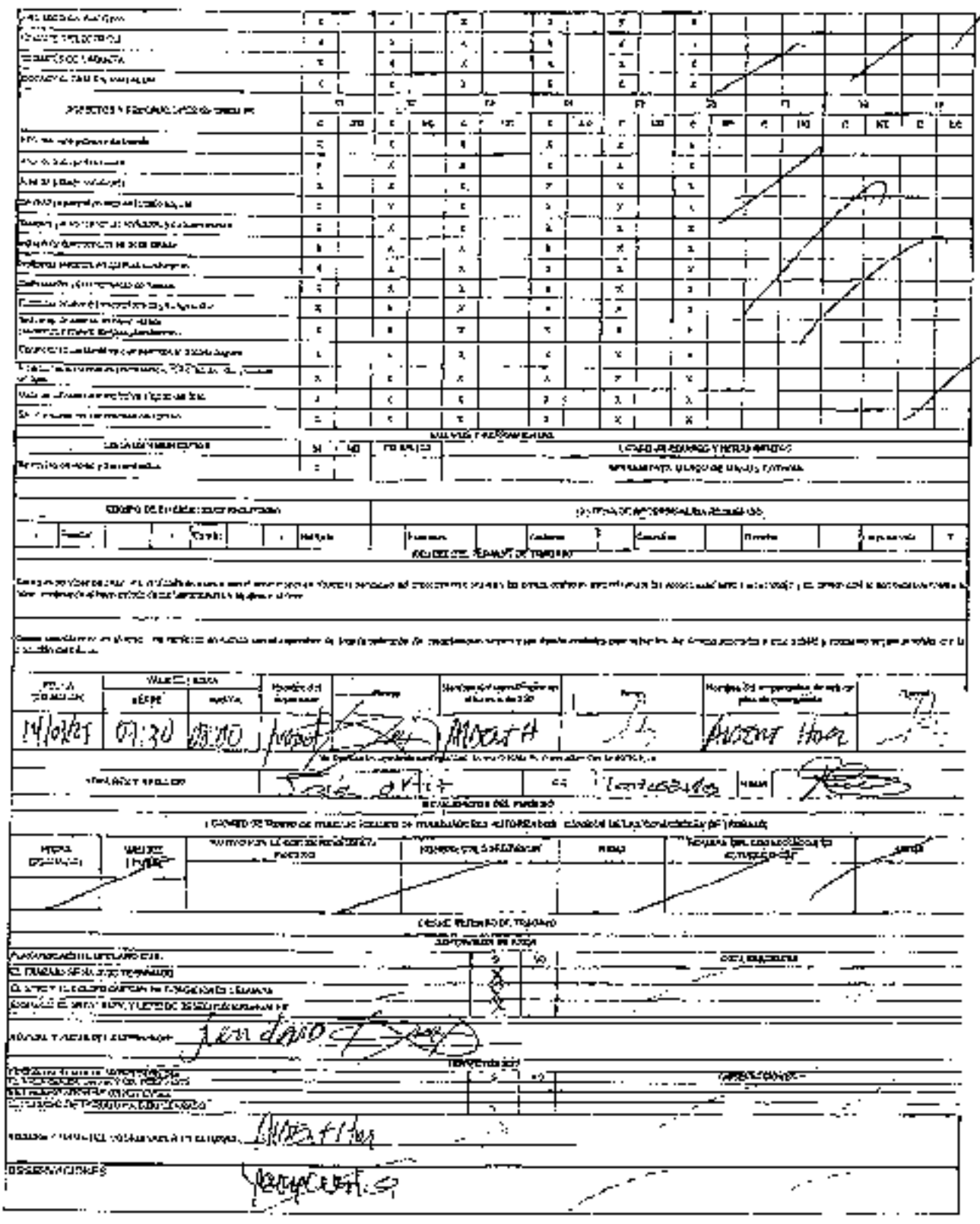
PERSONAL AUTORIZADO

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 6 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

| [illegible] | 1 C | 1 NC | 2 C | 2 NC | 3 C | 3 NC | 4 C | 4 NC | 5 C | 5 NC | 6 C | 6 NC | 7 C | 7 NC | 8 C | 8 NC | 9 C | 9 NC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |

| [illegible] | 1 C | 1 NC | 2 C | 2 NC | 3 C | 3 NC | 4 C | 4 NC | 5 C | 5 NC | 6 C | 6 NC | 7 C | 7 NC | 8 C | 8 NC | 9 C | 9 NC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |

| [illegible] | 1 C | 1 NC | 2 C | 2 NC | 3 C | 3 NC | 4 C | 4 NC | 5 C | 5 NC | 6 C | 6 NC | 7 C | 7 NC | 8 C | 8 NC | 9 C | 9 NC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

| | |
|---|---|
| Código | SST-SST-11 |
| Versión | 2 |
| Fecha de vigencia | 15/05/2023 |
| Controlado | SI X NO |

Nombre de la empresa: [ ] Nombre [X] Anexo

Fecha: 15 MAYO 23 Hora de inicio: 7:30 Fecha: 15 MAYO 23 Hora de finalización: 17:00

Trabajo rutinario: [X] No rutinario: [ ]

Descripción de la tarea a realizar: INSTALACION DE VARILLAS DE PARARRAYOS

Lugar de la tarea: CALLE 182 CRA 5

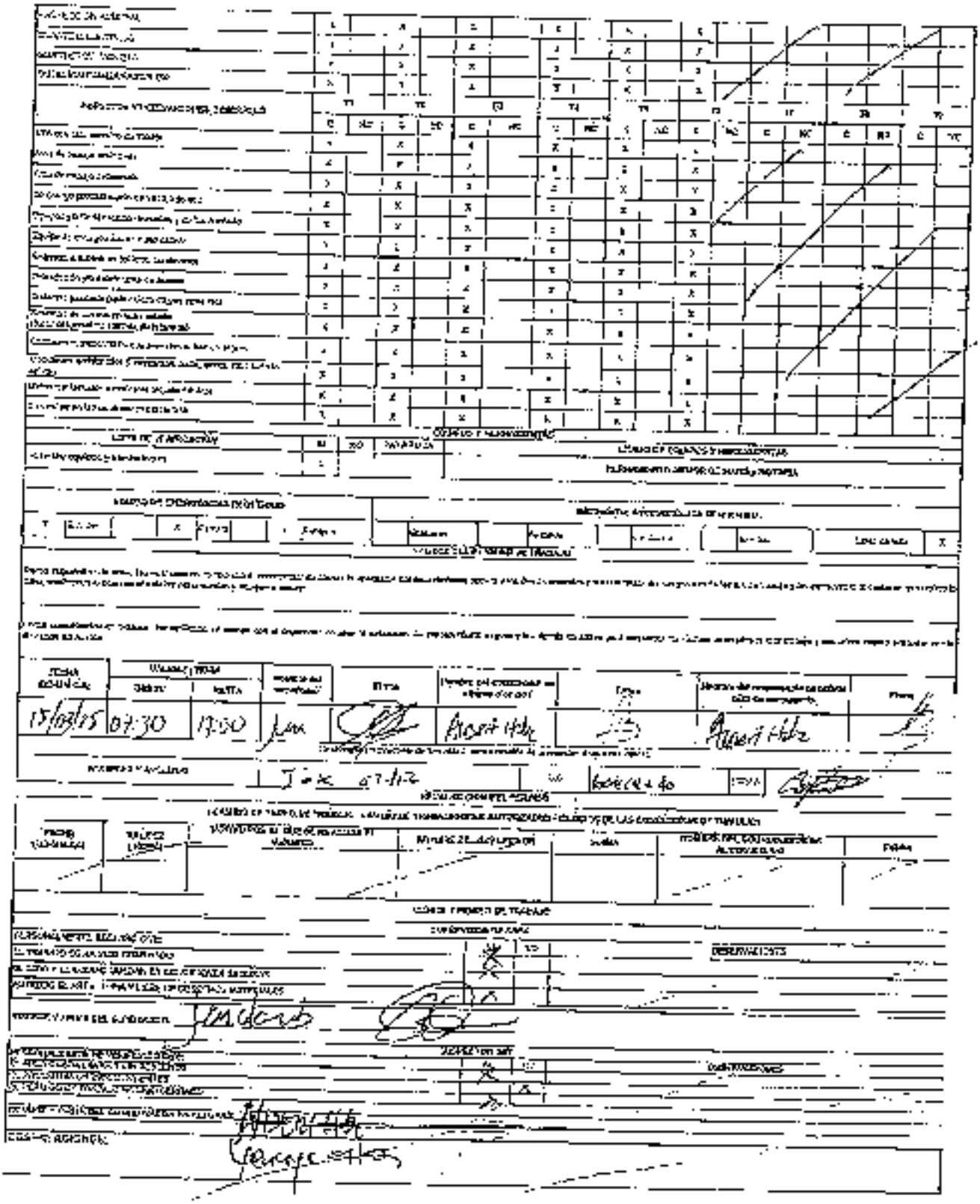
Cantidad de trabajadores autorizados para la tarea: 06

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | NÚMERO DE CÉDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |

| CONDICIONES Y REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |

| Equipo individual, dispositivos, sistemas de protección y accesorios certificados bajo estándares nacionales e internacionales | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | |



## SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

[illegible]

| | | | |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [ ] | [illegible] | [X] [illegible] |
| [illegible] 15 MARZO 23 | [illegible] 7:12 | [illegible] 16 MARZO 23 | [illegible] 13:00 |
| [illegible] | [illegible] [X] | [illegible] [ ] | |

[illegible]: INSTALACIÓN DE VARILLA DE PULGADA Y PERFORACIONES

[illegible]

[illegible]: CALLE 102 ERAS

[illegible]

[illegible] SI [X] NO [ ] [illegible] 04

### PERSONAL AUTORIZADO

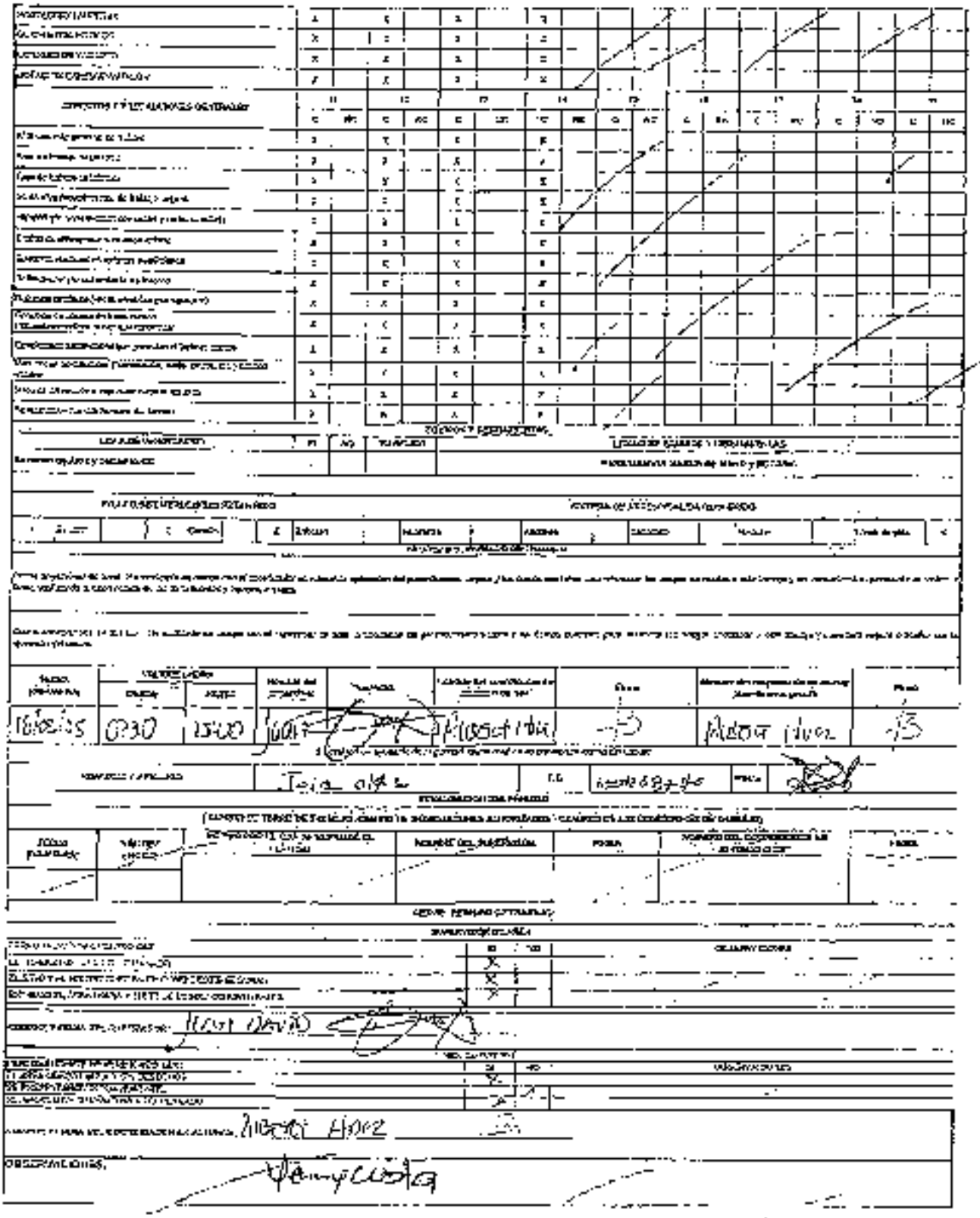
| | NOMBRE Y APELLIDOS | N° DE CEDULA | CARGO | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

[illegible]

| | T1 C | T1 NC | T2 C | T2 NC | T3 C | T3 NC | T4 C | T4 NC | T5 C | T5 NC | T6 C | T6 NC | T7 C | T7 NC | T8 C | T8 NC | T9 C | T9 NC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | [illegible] | | | | | | | | | | | | | |

| [illegible] | T1 C | T1 NC | T2 C | T2 NC | T3 C | T3 NC | T4 C | T4 NC | T5 C | T5 NC | T6 C | T6 NC | T7 C | T7 NC | T8 C | T8 NC | T9 C | T9 NC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |

| [illegible] | T1 C | T1 NC | T2 C | T2 NC | T3 C | T3 NC | T4 C | T4 NC | T5 C | T5 NC | T6 C | T6 NC | T7 C | T7 NC | T8 C | T8 NC | T9 C | T9 NC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: FO-SST-13
Versión: 0
Fecha de aprobación: 19/04/2022
Página: 1 de 10

# PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

Ordinario [ ] X Alturas

Fecha: 17 MARZO 25 Hora inicio: 7:00 a Fecha: 17 MARZO 25 Hora final: 12:00

Tipo de trabajo: Temporal [X] Permanente [ ]

Descripción de la labor a realizar: INSTALACIÓN DE VALLA DE PLEGADA Y PERFORACIONES

Diligencie en el formato FO-SST-13 el permiso para trabajo en alturas, el cual debe ser diligenciado de forma clara y completa por el trabajador autorizado y el ejecutor de la labor. Este permiso debe ser diligenciado antes de iniciar cualquier trabajo en alturas.

Empresa contratista: CONSTRUCTORA [illegible]

¿Contratista? SI [X] NO [ ] Número de trabajadores a laborar: 05

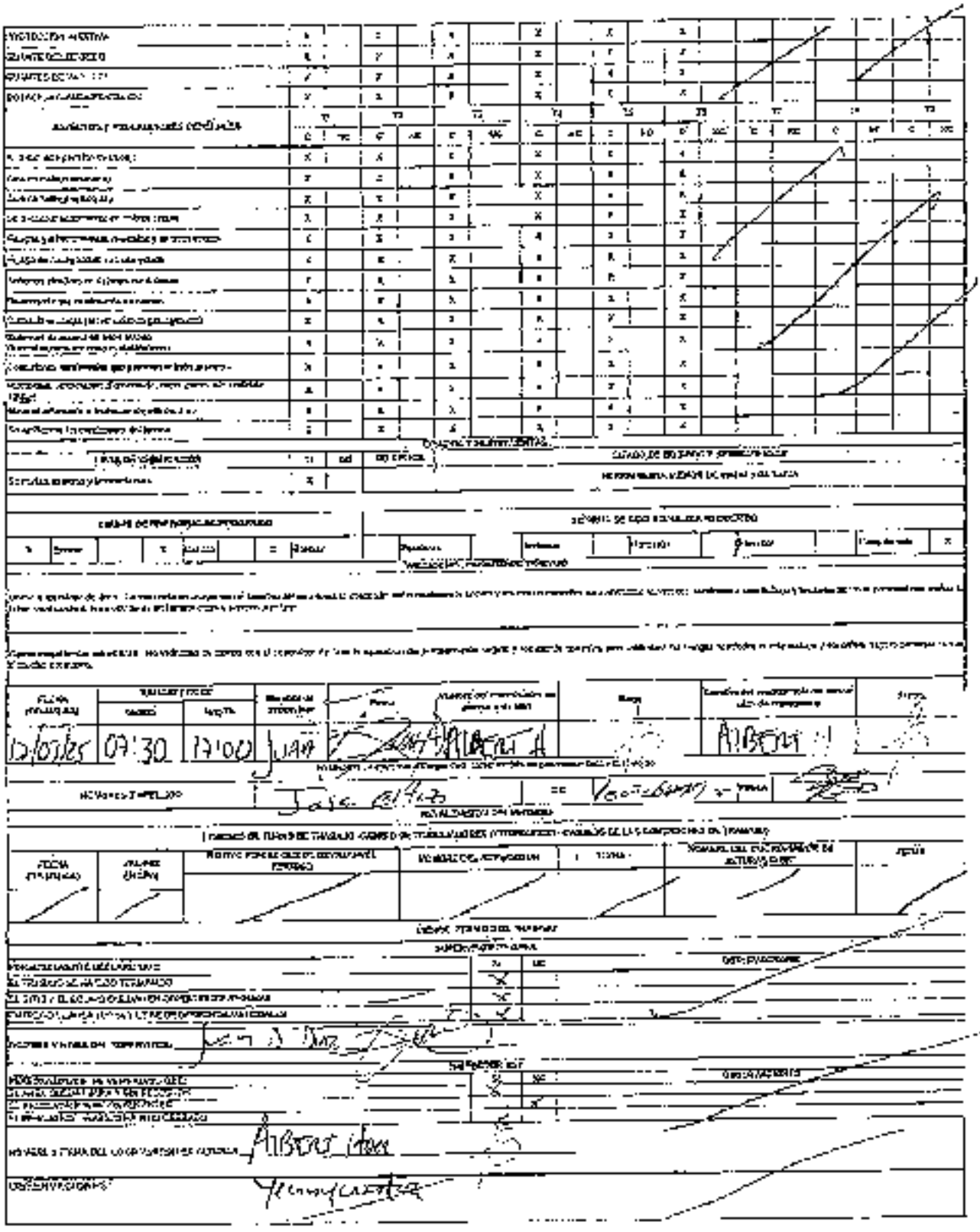
Elaborado por: [illegible]

| No. | Nombre del trabajador | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

| CONDICIONES Y REQUERIMIENTOS MÍNIMOS | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |

| PERMISO PREVIO DE AUTORIDAD, DENTRO DE [illegible] | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |

| [illegible] | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |
| [illegible] | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | |



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

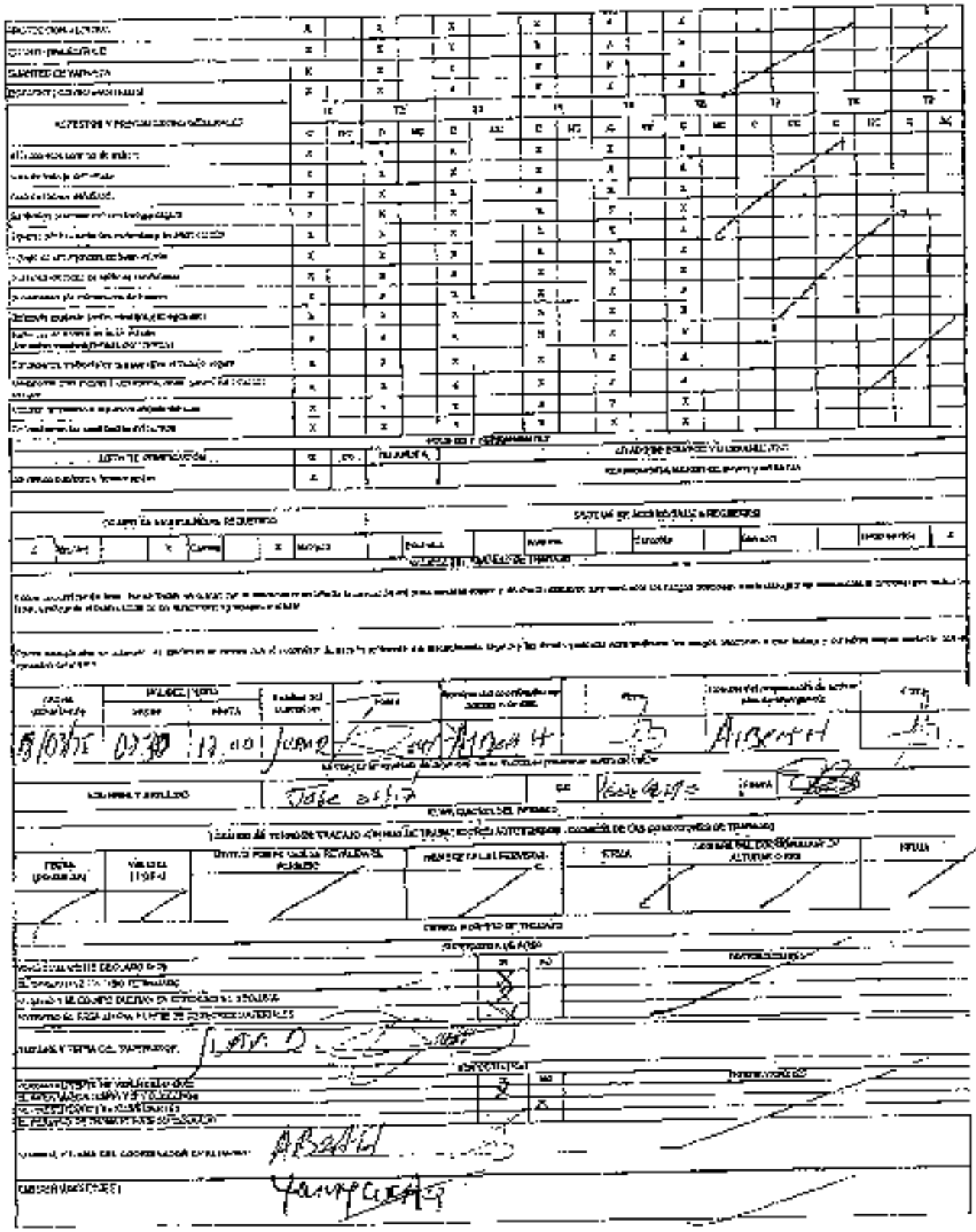
PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INSTALACION DE BARRILLA DE FUNDADA Y TERMOFRAGUADOS

CALLE 102 CRA 6

SI [X] NO [ ]

125



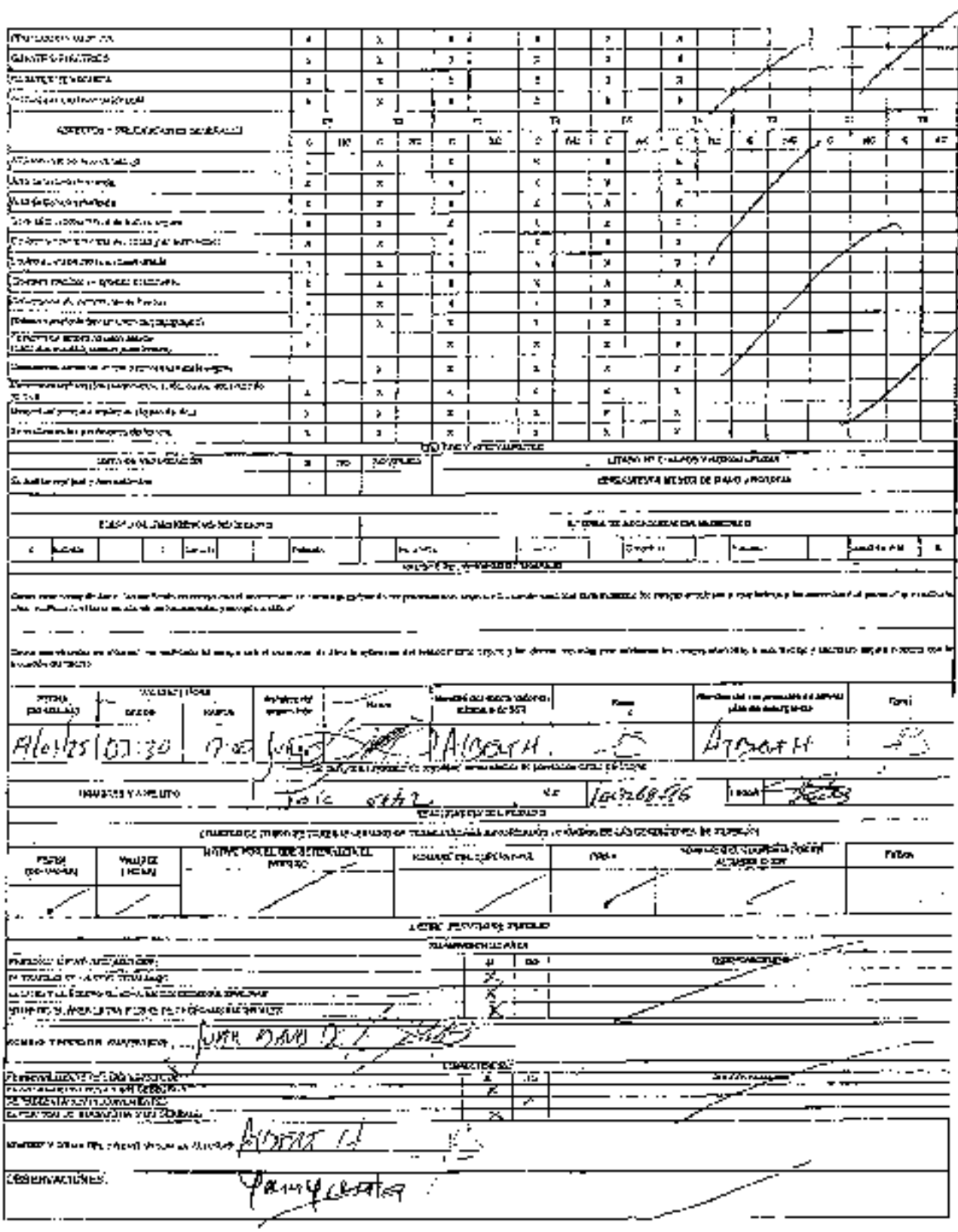
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

INSTALACION DE VAGILLA DE PINTURA Y PERFORACIONES

CALLE [illegible]

[illegible]



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

Código: SGSST-13
Versión: 01
Fecha de vigencia: 12/11/2021
Documento: SST

X

0:20

INSTALACION DE MAMPARA DE PVC



| Fecha | Validez desde | Validez hasta | [illegible] | Firma | [illegible] | Firma | [illegible] | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20/01/25 | 07:30 | 17:00 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Albert Hoz | [illegible] |

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: Juan Diaz

[illegible]: Albert Hoz

OBSERVACIONES: [illegible]

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

[ ] PARCIAL [X] TOTAL

Fecha: 31 MARZO 20 Hora inicio: 7:30 Fecha: 01 MAYO 20 Hora fin: 12:00

Actividad: [X] Autorizado: [ ]

INSTALACION DE VARILLA DE PULGADA Y PERFORADORES

CALLE 16 CRA 6

CONTRATISTA: SI [X] NO [ ]

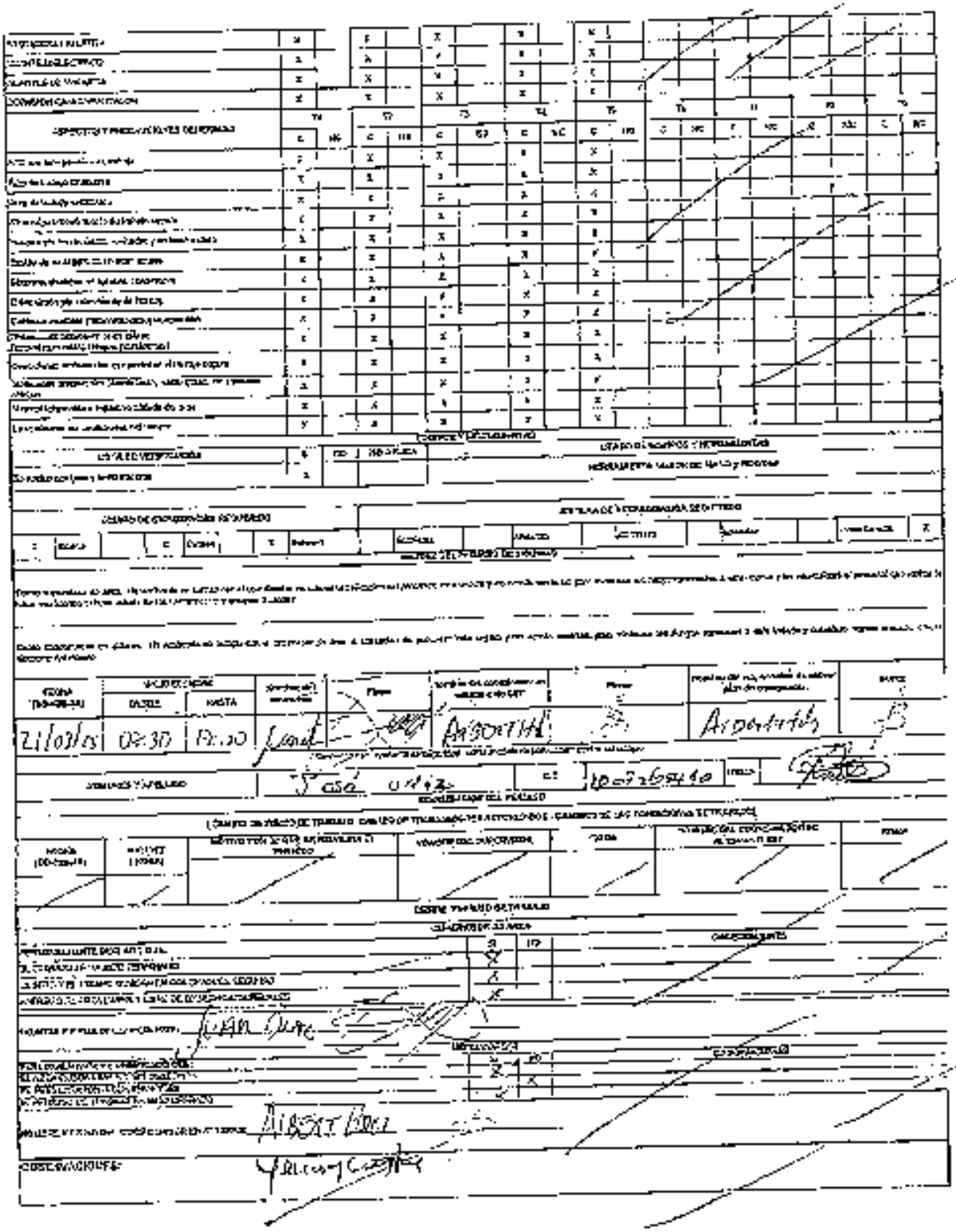
CONDICIONES Y PELIGROS DETECTADOS EN EL LUGAR

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

MEDIDAS DE CONTROL

PERMISO DE TRABAJO - AUTORIZACIÓN



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS

X

22 MARZO 25

X

INSTALACION DE VARILLA CORRUGADA Y PERFORACIONES

GRAU VECCHIA E.

SI X NO

