MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VR RUU

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

NO. CERTIFICADO	1.861.634				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	09/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.070.324.089	**EDAD**	21	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	SILVA MUÑOZ JENNYFER DANIELLA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AUXILIAR SOCIAL ACTAS DE VECINDAD		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - MANTENER PATRONES ALIMENTICIOS APROPIADOS, PREVINIENDO ALIMENTOS IRRITANTES O ÁCIDOS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DETERMINADO POR LA EMPRESA/ POR AUDIOLOGÍA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALA CONDUCIR CON VISOR CERRADO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - CONTROL 6 MESES - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

152

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VR RUU

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

NO. CERTIFICADO	1.861.634				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	09/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.070.324.089	**EDAD**	21	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	SILVA MUÑOZ JENNYFER DANIELLA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AUXILIAR SOCIAL ACTAS DE VECINDAD		

Autorización de datos personales

Yo, SILVA MUÑOZ JENNYFER DANIELLA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.070.324.089, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

En constancia, firmo:

CC. 1.070.324.089

Profesional

DR. SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

SEÑOR(A):
SILVA MUÑOZ JENNYFER DANIELLA
CC.: 1070324089

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 9 DE MAYO DE 2025 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - MANTENER PATRONES ALIMENTICIOS APROPIADOS, PREVINIENDO ALIMENTOS IRRITANTES O ÁCIDOS

· CONTROL PERIÓDICO - DETERMINADO POR LA EMPRESA/ POR AUDIOLOGÍA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALA CONDUCIR CON VISOR CERRADO

· CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - CONTROL 6 MESES - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

SILVA MUÑOZ JENNYFER DANIELLA
CC.: 1070324089

ARL | sura

Medellín, 09 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1070324089	SILVA MUÑOZ JENNYFER DANIELLA	12/05/2025		152244C5	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2025 12:33:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.24.103.69, 192.230.104.11, 172.16.42.57

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1070324089
NOMBRES	JENNYFER DANIELLA
APELLIDOS	SILVA MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	EL COLEGIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	01/01/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/09/2025 08:51:04	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en

1T6

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6406220

COL

CASTELLANOS MORENO
APELLIDOS

JORDAN ABEL
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

30558748
DNI Nro.

1-10-2004
FECHA DE NACIMIENTO

31-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



Jordan
FIRMA

E1951897



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6406220<<4<<<<<<<<<<<<<<<
0410014M3105308VENE1951897<<<6
CASTELLANOS<MORENO<<JORDAN<<AB

Powered by CamScanner

Versión: 3.5

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VR RUU

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

NO. CERTIFICADO	1.863.306				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	12/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	PPT. 6.406.220	**EDAD**	20	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CASTELLANOS MORENO JORDAN ABEL				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

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

OBSERVACIONES

-EL PRESENTE CERTIFICADO NO APLICA PARA PORTE DE ARMAS.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DETERMINADO POR LA EMPRESA/ POR AUDIOLOGÍA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, USO MODERADO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, USO ALTERNO DE OIDO EN LLAMADAS POR CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN EXPOSICIÓN A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Powered by CamScanner

158

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

CONSORCIO VR RUU



ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

NO. CERTIFICADO	1.863.306				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	12/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	PPT. 6.406.220	**EDAD**	20	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CASTELLANOS MORENO JORDAN ABEL				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

Autorización de datos personales

Yo, CASTELLANOS MORENO JORDAN ABEL, identificado(a) con el documento de identidad PPT No. 6.406.220, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

En constancia, firmo:

Jordan

PPT. 6.406.220

Profesional

DRA. ANDY JOHANA LÓPEZ GONZALEZ - LSO 25-S027 DE 2015

ELABORADO POR: MEDICINA LABORAL S.A.S 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 BOGOTÁ
www.medilaboral.com

Powered by CamScanner

SEÑOR(A):
CASTELLANOS MORENO JORDAN ABEL
PPT.: 6406220

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 12 DE MAYO DE 2025 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DETERMINADO POR LA EMPRESA/ POR AUDIOLOGÍA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, USO MODERADO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, USO ALTERNO DE OIDO EN LLAMADAS POR CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN EXPOSICIÓN A RUIDO

· CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

· EL PRESENTE CERTIFICADO NO APLICA PARA PORTE DE ARMAS.

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN.

Jordan

CASTELLANOS MORENO JORDAN ABEL
PPT.: 6406220

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 13 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha Inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X6406220	CASTELLANOS MORENO JORDAN ABEL	14/05/2025		25127248	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/05/2025 16:21:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.24.103.69, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6406220
NOMBRES	JORDAN ABEL
APELLIDOS	CASTELLANOS MORENO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/09/2025 16:31:39	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7140764

COL

MONTES
APELLIDOS

ENDER EMILIO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

16351434
DNI Nro.

21-04-1982
FECHA DE NACIMIENTO

13-06-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



FIRMA

E1372225

ÍNDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7140764<<1<<<<<<<<<<<<<<<
8204217M3105308VENE1372225<<<0
MONTES<<ENDER<EMILIO<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

Versión: 3.5

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VR RUU

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

NO. CERTIFICADO	1.863.143				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	12/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	PPT. 7.140.764	**EDAD**	43	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MONTES ENDER EMILIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

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

OBSERVACIONES

ESTE CONCEPTO NO APLICA PARA TRABAJO EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS O TAREAS DE ALTO RIESGO YA QUE REQUIERE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. -SE RECOMIENDA VALORACIÓN CON OPTOMETRIA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN ÓPTICA.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EL RIESGO DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - CORRECCIÓN OPTICA SOLO PARA VISION CERCANA - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Powered by CamScanner

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VR RUU

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

NO. CERTIFICADO	1.863.143				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	12/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	PPT. 7.140.764	**EDAD**	43	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MONTES ENDER EMILIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

Autorización de datos personales

Yo, MONTES ENDER EMILIO, identificado(a) con el documento de identidad PPT No. 7.140.764, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

En constancia, firmo:

PPT. 7.140.764

Profesional

DRA. ANDY JOHANA LÓPEZ GONZALEZ - LSO 25-5027 DE 2015

Powered by CamScanner

SEÑOR(A):
MONTES ENDER EMILIO
PPT.: 7140764

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 12 DE MAYO DE 2025 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EL RIESGO DE EXPOSICION A RUIDO

· CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - CORRECCIÓN OPTICA SOLO PARA VISION CERCANA - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

· ESTE CONCEPTO NO APLICA PARA TRABAJO EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS O TAREAS DE ALTO RIESGO YA QUE REQUIERE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. SE RECOMIENDA VALORACIÓN CON OPTOMETRIA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN ÓPTICA.

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN.

Ender Montes

MONTES ENDER EMILIO
PPT.: 7140764

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 16 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
X7140764	MONTES ENDER EMILIO	19/05/2025		147y1451	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/05/2025 09:54:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.117.93, 192.230.104.9, 172.18.42.57

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7140764
NOMBRES	ENDER EMILIO
APELLIDOS	MONTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	09/03/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/09/2025 16:32:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Powered by CamScanner

ANEXO 2. INDUCCIONES Y NOTIFICACIONES

CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024

NIT: 901903583-6

CIVA-745-2024-023-A

Bogotá D.C 31 de mayo de 2025

Doctora:
DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local De Rafael Uribe Uribe
Bogotá

Asunto: Aprobación y entrega del ANEXO 2 (INDUCCION Y NOTIFICACION DE RIESGOS).

Referencia: Contrato de Interventoría No. CIN 745 de 2024 - Contrato de obra pública No. COP 748 de 2024

Respetada alcaldesa reciba un cordial saludo,

Por medio de la presente, la interventoría **CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024**, luego de la revisión y la aprobación del ANEXO 2 que hace parte del Informe 2 del mes de (mayo 2025), que fue entregado por el contratista **CONSORCIO VR RUU** a esta interventoría; se procede a dar la aprobación a dicho ANEXO.

En caso de cualquier inquietud por favor comunicarse al correo interviasarm2024@gmail.com

Cordialmente,

JUAN PABLO LEMUS ACEVEDO
Representante Legal interventoría

CÓDIGO: FO - SST - 009	FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

FECHA 02-09-2024

CONTRATO No. 748 - 2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C".

LUGAR Y FECHA: Punto Cerca

NOMBRE DEL PROFESIONAL Diana Cerral

EMPRESA: Consorcio VR RUU - Cazu

TEMA: Inducción Ingreso Not de riesgo

HORA DE INICIO: 8:00 AM **HORA DE TERMINACION:** 9:00 AM

TIPO

INDUCCION	X	CAPACITACION	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

Brayan Ruge:	1070980074	casado ¿?	CD Ings	Brayan R.
Jordan Castellanos	3055871148	Ayudante	Consorcio VR RUU	Jordan

(Firma) Diana Cerral
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original: Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Jordan Castellanos	3055874	Ayudante	Sura	Salud total	Porvenir	Jordan

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

FECHA 14-05-25

CONTRATO No. 748-2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion o los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
		Residente/Auxi SST	X	Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
X	**RIESGO BIOLOGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos	
X	**RIESGO FISICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.	
X	**RIESGO QUIMICO**	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	
X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.	
X	**RIESGO BIOMECANICO**	Posturas prolongados, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargos.	
X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), electricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos.	
X	**FENOMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.	

ACCIONES PREVENTIVAS
1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condiciones de peligro
5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta.
8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidos de seguridad industrial.
9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estaríaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Jordan IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANÍA No 1030558449 DE Venecia (Cund) YCIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Ayudante obra PRESENTADA EL DIA 14-05-25 EN LA CIUDAD DE Bogota.

Diana Corral
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

Jordan
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

FECHA 12 de mayo

CONTRATO No. 748 - 2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C".

LUGAR Y FECHA: Punto Crea

NOMBRE DEL PROFESIONAL Diana Coral

EMPRESA: Consorcio VR RUU

TEMA: Induccion y Notificacion de Riesgos

HORA DE INICIO: 7:00am **HORA DE TERMINACION:** 8:00am

TIPO

INDUCCION	X	CAPACITACION	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

JENNYFER VANESSA SILVA MUÑOZ	1070324089	AUXI. SOCIAL	CONSORCIO VR RUU	

(Firma) Diana Coral
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato
1ero copia : Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleros en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencio dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES	CÉDULA	CARGO	EPS	ARL	AFP	FIRMA
JENNYFER DANIELA SILVA MUÑOZ	1070324089	AUX. SOCIAL	SURA	COMPENSAR	PORVENIR	

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO VIA 80
VERSIÓN: 2.0		

FECHA 12 de mayo

CONTRATO No. 748-2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)

	Administrativos			Inspector de Obra
	Personal de aseo			Operador de Maquinaria
	Director de Obra			Conductor Volqueta
	Residente de Obra/Aux			Maestro de Obra
X	Residente Social/Auxi Social			Oficial de Obra
	Residente/Auxi SST			Ayudante de Obra
	Topografo/Cadenero			Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

X	**RIESGO BIOLOGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordaduras, fluidos u otro elementos.
X	**RIESGO FISICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
X	**RIESGO QUIMICO**	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humos, metalicos y no metalicos.
X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
X	**RIESGO BIOMECANICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), electricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, Caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos.
X	**FENOMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro
5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta.
8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial
9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaríaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Daniela Silva Muñoz IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 1070324089 DE El Colegio PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Aux Social PRESENTADA EL DIA 12 DE MAYO EN LA CIUDAD DE Bogotá

Dana Cary
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

FECHA 19 mayo 2025

CONTRATO No. 748 - 2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C".

LUGAR Y FECHA: Punto Crea,

NOMBRE DEL PROFESIONAL Diana Coral

EMPRESA: Consorcio VR RUU

TEMA: Induccion y Notificacion de Riesgos

HORA DE INICIO: 7:00am **HORA DE TERMINACION:** 8:00am

TIPO

INDUCCION	X	CAPACIIACION	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

Yender Monte	7140764	ayudante	VRRUU	

(Firma) Diana Coral
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 2.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peotonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trobajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Ender Mosquera	7140164	ayudante	sura	Sura	Porvenir	

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO VIA FLUJ
VERSIÓN: 2.0		

FECHA 19 mayo 2025

CONTRATO No. 748-2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)

	Administrativas		Inspector de Obra		
	Personal de aseo		Operador de Maquinaria		
	Director de Obra		Conductor Volqueta		
	Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra		
	Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra		
	Residente/Auxi SST	X	Ayudante de Obra		
	Topografo/Cadenero		Auxiar de Trafico /Auxiar de orden y aseo		

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)	X	**RIESGO BIOLOGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos.
	X	**RIESGO FISICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUIMICO**	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECANICO**	Posturas prolongados, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargos.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), electricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENOMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

ACCIONES PREVENTIVAS	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. 2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. 3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo 4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro 5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos 6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo 7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. 8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. 9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaríaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador. ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Endy Mantilla IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 1140764130 DE Bogotá, PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE ayudante PRESENTADA EL DIA 19 05 25 EN LA CIUDAD DE Bogotá

Dana Cano

Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia: Interventor
2da cop a: Contratista

CÓDIGO: FO - PGSST - 011	FORMATO DE EVALUACION INDUCCION Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 14-05-24

CONTRATO No. 748-2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

La siguiente es la evaluacion de la induccion que se le realizo el dia de hoy y usted en mutuo acuerdo escucho y entendio lo anteriormente mencioando por el Residente Ambiental y SST del contrato

ESCOJA LA RESPUESTA CORRECTA	1. Me pueden realizar llamado de atencion y reporte ante el Ministerio o entidad de control si:	
	X	Consumo durante y previo al horario de trabajo bebidas alcoholicas y alucinogenos
	X	Fumo dentro y fuera del cerramiento de obra
	X	Cojo sin permiso ni autorizacion para uso propio materiales y herramientas que son para la ejecucion del contrato
		Estoy trabajando según las directrices establecidad por mi jefe inmediato

2. Que son los elementos de proteccion personal	
X	Casco, Guantes, monogafas, tapaoidos, tapabocas
	Botas y overol
	Herramienta y poleta pare siga
	Overol, botas, casco, guantes, tapabocas y tapaoidos

Mencione con sus palabras y resumido lo que entendio de esta induccion	llegar Temprano a obra, ser Responsable No fumar dentro de Obra
Mencione numero de contrato, nombre de la empresa, nombre de su jefe inmediato, nombre de la persona de contacto directo con su jefe, contratante del contrato	Diana Coral Consorcio VR Ruu - 2024
Que debo hacer en caso tal de presentar algun golpe, lesion, machucon, caida etc...	Comunicarme Area SST o Jefa inmediato

Esta es mi evaluacion y respondo a nombre de Jordan mostrando que entendi y estoy de acuerdo con lo que me indico el personal lider de la induccion.

(Firma) Diana Coral
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma) Jordan
(Nombre)
COLABORADOR

Original:Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - PGSST - 011	FORMATO DE EVALUACION INDUCCION Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 12 DE MAYO 2025

CONTRATO No. 748-2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

La siguiente es la evaluacion de la induccion que se le realizo el dia de hoy y usted en mutuo acuerdo escucho y entendio lo anteriormente mencioando por el Residente Ambiental y SST del contrato

ESCOJA LA RESPUESTA CORRECTA

1. Me pueden realizar llamado de atencion y reporte ante el Ministerio o entidad de control si:	
	Consumo durante y previo al horario de trabajo bebidas alcoholicas y alucinogenos
X	Fumo dentro y fuera del cerramiento de obra
	Cojo sin permiso ni autorizacion para uso propio materiales y herramientas que son para la ejecucion del contrato
X	Estoy trabajando según las directrices establecidad por mi jefe inmediato

2. Que son los elementos de proteccion personal	
X	Casco, Guantes, monogafas, tapaoidos, tapabocas
	Botas y overol
	Herramiento y paleta pore siga
	Overol, botas, casco, guantes, tapabocas y tapaoidos

Mencione con sus palabras y resumido lo que entendio de esta induccion	LA INDUCCION SE TRATO DE LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO, DOTACION, PERMISOS Y ACCIDENTES EN HORARIO LABORAL.
Mencione numero de contrato, nombre de la empresa, nombre de su jefe inmediato, nombre de la persona de contacto directo con su jefe, contratante del contrato	NUMERO CONSORCIO: 748-2024 CONSORCIO VR RUU COORDINADORA: DIANA CORAL
Que debo hacer en caso tal de presentar algun golpe, lesion, machucon, caida etc...	REPORTAR AL JEFE INMEDIATO Y AL SST

Esta es mi evaluacion y respondo a nombre de DANIELA SILVA MUÑOZ mostrando que entendi y estoy de acuerdo con lo que me indico el personal lider de la induccion.

(Firma) Diana Coral
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma)
(Nombre)
COLABORADOR

Original:Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - PGSST - 011	FORMATO DE EVALUACION INDUCCION Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO VR RUU
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 19 mayo 2025

CONTRATO No. 748-2024

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

La siguiente es la evaluacion de la induccion que se le realizo el dia de hoy y usted en mutuo acuerdo escucho y entendio lo anteriormente mencioando por el Residente Ambiental y SST del contrato

ESCOJA LA RESPUESTA CORRECTA	1. Me pueden realizar llamado de atencion y reporte ante el Ministerio o entidad de control si:	
	X	Consumo durante y previo al horario de trabajo bebidas alcoholicas y alucinogenos
	X	Fumo dentro y fuera del cerramiento de obra
	X	Cojo sin permiso ni autorizacion para uso propio materiales y herramientas que son para la ejecucion del contrato
		Estoy trabajando según las directrices establecidad por mi jefe inmediato

2. Que son los elementos de proteccion personal	
X	Casco, Guantes, monogafas, tapaoidos, tapabocas
	Botas y overol
	Herramiento y poleta pare siga
	Overol, botas, casco, guantes, tapabocas y tapaoidos

Mencione con sus palabras y resumido lo que entendio de esta induccion	Uso de los elementos de protecion y de la dotacion
Mencione numero de contrato, nombre de la empresa, nombre de su jefe inmediato, nombre de la persona de contacto directo con su jefe, contratante del contrato	748 - 2024 Consorcion VRU
Que debo hacer en caso tal de presentar algun golpe, lesion, machucon, caida etc...	Avisar al SST

Esta es mi evaluacion y respondo a nombre de Ender Monta mostrando que entendi y estoy de acuerdo con lo que me indico el personal lider de la induccion.

(Firma) (Nombre) Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma) (Nombre) COLABORADOR

Original:Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

ANEXO 3. ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN

CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024

NIT: 901903583-6

CIVA-745-2024-023-B

Bogotá D.C 31 de mayo de 2025

Doctora:
DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local De Rafael Uribe Uribe
Bogotá

Asunto: Aprobación y entrega del ANEXO 3 (ENTREGA DE EPP Y DOTACION).

Referencia: Contrato de Interventoría No. CIN 745 de 2024 - Contrato de obra pública No. COP 748 de 2024

Respetada alcaldesa reciba un cordial saludo,

Por medio de la presente, la interventoría **CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024**, luego de la revisión y la aprobación del ANEXO 3 que hace parte del Informe 2 del mes de (mayo 2025), que fue entregado por el contratista **CONSORCIO VR RUU** a esta interventoría; se procede a dar la aprobación a dicho ANEXO.

En caso de cualquier inquietud por favor comunicarse al correo interviasarm2024@gmail.com

Cordialmente,

JUAN PABLO LEMUS ACEVEDO
Representante Legal interventoría

CONSORCIO VR RUU

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FO-SST-006
V-01
8/02/2025

NOMBRE: Jordan Castellanos

CARGO: Ayudante de Grúa

C.C.: 30558748

14	05	25	Jordan	X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Jordan Castellanos

CARGO: Ayudante de obra

C.C.: 3054878

TALLAS

OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

14	6	29	Jordan	X	X			X	X						

Dando cumplimiento al Reglamento interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección relacionados, garantizando que en ningún caso sean cambiados por otros elementos de protección, posterior a la mía han entregado y de la cantidad que han cambiado en ningún tipo de las previa

CONSORCIO VR RUU

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FO-SST-006
V-01
8/02/2025

NOMBRE: JENNIFER DANIELA SILVA MUÑOZ

CARGO: AUX. SOCIAL

C.C.: 1070324089

12	5	25									X							

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: JENNIFER DANIELA SILVA MUÑOZ

CARGO: AUX. SOCIAL

C.C.: 1070324059

TALLAS 3S.
5.

OVEROL ☐ CHAQUETA ☐

12	5	25	Dot		x									x

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección relativos. Igualmente acepto que no recibo descuentos sobre estos elementos de protección personal que no me han entregado y que consistentes que son con ellos en ningún tipo de sus pagos

187

CONSORCIO VR RUU

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FO-SST-006
V-01
8/02/2025

NOMBRE: Ender Monte

CARGO: Oyudante

C.C.: 7140764

19	5	25	Ender Monte	X						X	X		✓			✓	✓	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Ender Monte

CARGO: Ayudante

C.C.: 7140764

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

19	5	25	Ender Monte	x	✓			✓	x				

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

189

ANEXO 4. CONDICIONES DE SALUD

CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024

NIT: 901903583-6

CIVA-745-2024-023-C

Bogotá D.C 31 de mayo de 2025

Doctora:
DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local De Rafael Uribe Uribe
Bogotá

Asunto: Aprobación y entrega del ANEXO 4 (CONDICIONES DE SALUD).

Referencia: Contrato de Interventoría No. CIN 745 de 2024 - Contrato de obra pública No. COP 748 de 2024

Respetada alcaldesa reciba un cordial saludo,

Por medio de la presente, la interventoría **CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024**, luego de la revisión y la aprobación del ANEXO 4 que hace parte del Informe 2 del mes de (mayo 2025), que fue entregado por el contratista **CONSORCIO VR RUU** a esta interventoría; se procede a dar la aprobación a dicho ANEXO.

En caso de cualquier inquietud por favor comunicarse al correo interviasarm2024@gmail.com

Cordialmente,

JUAN PABLO LEMUS ACEVEDO
Representante Legal interventoría

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACIÓN INICIAL

FECHA: 14-05-20

NOMBRE Y APELLIDOS: Jordan Castellanos EDAD: 20 RH: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 2004 SEXO: F ☐ M ☑

EMPRESA: Consorcio VR RUU CARGO: Ayudante

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Mujer _____

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Yo _____

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Jordan
Firma Colaborador

Diana Canal
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU

ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD	Versión:01
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 12 DE MAYO 2025

NOMBRE Y APELLIDOS: JENNIFER DANIELA SILVA MUÑOZ EDAD: 21 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 01 DE ENERO 2004 SEXO: F [X] M [ ]

EMPRESA: CONSORCIO VR RUU CARGO: AUX. SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [NO]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [X] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[X]	NO	[ ]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive:

PAPA

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

los dos

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Firma Colaborador

Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACION GENERAL

FECHA: 19 05 25

NOMBRE Y APELLIDOS: Ender Montes EDAD: 43 RH: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 21 04 1982 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: VRU CARGO: ayudante

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 dias

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[ ]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

[redacted]

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Esposa _____

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

YO _____

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Ender Montes
Firma Colaborador

[redacted]
Firma Profesional SST

ANEXO 5. REGISTRO FOTOGRAFICO

CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024

NIT: 901903583-6

CIVA-745-2024-023-D

Bogotá D.C 31 de mayo de 2025

Doctora:
DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local De Rafael Uribe Uribe
Bogotá

Asunto: Aprobación y entrega del ANEXO 5 (REGISTRO FOTOGRAFICO).

Referencia: Contrato de Interventoría No. CIN 745 de 2024 - Contrato de obra pública No. COP 748 de 2024

Respetada alcaldesa reciba un cordial saludo,

Por medio de la presente, la interventoría **CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024**, luego de la revisión y la aprobación del ANEXO 5 que hace parte del Informe 2 del mes de (mayo 2025), que fue entregado por el contratista **CONSORCIO VR RUU** a esta interventoría; se procede a dar la aprobación a dicho ANEXO.

En caso de cualquier inquietud por favor comunicarse al correo interviasarm2024@gmail.com

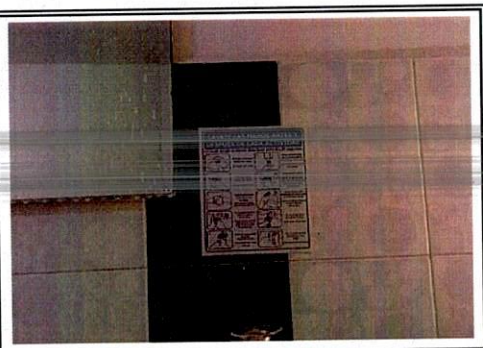
Cordialmente,

JUAN PABLO LEMUS ACEVEDO
Representante Legal interventoría

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	CONTRATO 748 DE 2024. "EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIA, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C".						
CONTRATO N° 748 DE 2024	FECHA:	1 AL 31 DE MAYO 2025	HOJA	1	DE	1	INFORME SST - AMB

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - PUNTO CREA

		
SEÑALIZACIÓN	RUTA DE EVACUACIÓN	RUTA DE EVACUACIÓN
		
CAPACITACIÓN	PUNTO DE HIDRATACIÓN	ENTREGA DE EPP

OSCAR ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. SST