INFORME MENSUAL SST # 4

CONSORCIO TEUSAVIAL

CONTRATO FDLTEUSAQUILLO 552 DE 2024 COP (120633)

OBJETO:

¨EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TECNICO Y APENDICES¨

INFORME SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO # 4

CONTRATO DE OBRA No. COP-552-2024

“EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVDIADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TECNICO Y APENDICES”.

CONTRATO DE OBRA N° 552 DE 2024

CONTRATISTA
CONSORCIO TEUSAVIAL

INTERVENTORÍA
CONSORCIO INTERTEUSAQUILLO JG

BOGOTÁ,

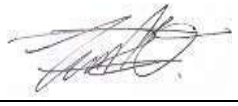
ESTADO DE REVISIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	TATIANA ANDREA VALDELEÓN MANRIQUE	RESIDENTE SST	
APROBÓ	YESICA QUINEME	RESIDENTE SSTAMBIENTAL	

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 5
2.1 Objetivo General 5
2.2 Objetivos Específicos 5
3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 6
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 9
4.1 Ubicación geográfica 10
5. ACTIVIDADES GENERALES ETAPA CONSTRUCCIÓN 12
6. COMPONENTE D. – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 12
6.1 Actividades al Plan SG-SST 12
6.2 Formatos Contractuales 12
6.3 Inducción 13
6.4 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo y Políticas 13
6.5 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social 14
6.6 Pago de salarios, prestaciones y liquidaciones… 14
6.7 Horas Hombre… 18
6.8 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) 18
6.9 Comité de Convivencia Laboral 20
6.10 Conformación Brigada de Emergencia 20
7. SUBPROGRAMA MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 23
7.1 Exámenes Médicos Ocupacionales… 23
8. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 24
9. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 24
9.1 Divulgación de procedimientos para trabajo seguro 24
9.1.1 Capacitaciones… 31
10. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN) 31
10.1 Reporte de accidentes e incidentes… 31
10.2 Estadísticas de accidentalidad 32
10.3 Descripción del accidente… 32
10.4 Plan de acción 32
10.5 Incidentes… 32
10.5.1 ..... Plan de acción 32
10.6 Accidente contra terceros 32
10.6.1 ..... Plan de acción 32

10.7 Ausentismo....33
11. PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO Y SISTEMAS DE PERMISO DE TRABAJO…. 33
11.1 Registro inspecciones efectuadas…. 33
11.2 Matriz de peligros....34
11.3 Procedimiento para entrega uso y reposición de EPP 34
11.3.1 Entrega y reposición de EPP.... 35
12. MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS…. 36
13. MAQUINARIA Y VEHICULOS.... 36
14. Actividades de Bienestar 36

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 perímetro de intervención 8
Ilustración 2 Estructura Brigada Emergencia 13
Ilustración 3 Elementos para la atención de Emergencia 14
Ilustración 4 Señalización Punto Encuentro 14
Ilustración 5 Señalización Ruta de Evacuación 14
Ilustración 6 Señalización Ruta de Evacuación 14

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Información del Proyecto 6
Tabla 2. Información del Contratista 8
Tabla 3. Información de la Interventoría 8
Tabla 4 Personal Contractual 9
Tabla 5 Horario de Trabajo 9
Tabla 6. Listado de CIV contractuales. Tomado de Anexo técnico 11
Tabla 7. Formatos Contractuales 11
Tabla 8. Temas de Inducción 14
Tabla 9. Afiliaciones y aportes al sistema de seguridad social y de salud 15
Tabla 10. Pagos de seguridad social… 16
Tabla 11 Consolidado Novedades 16
Tabla 12 Pago salarios, prestaciones y liquidaciones 17
Tabla 13. Horas Hombre… 18
Tabla 14 Representantes COPASST por parte del empleador 19
Tabla 15 Representantes COPASST por parte de los trabajadores 19
Tabla 16 Compromisos 19
Tabla 17 Representantes CCL por parte del empleador 19
Tabla 18 Representantes CCL por parte de los trabajadores 19
Tabla 19 Conformación Brigada de emergencia 20
Tabla 20 Registro Fotográfico Señalización Punto PAC 21
Tabla 21 Examen médico ingreso 23
Tabla 22 Examen periódico 23
Tabla 23 Examen Egreso 23
Tabla 24 Saneamiento básico 24
Tabla 25 Capacitaciones/Charlas Informativas 31
Tabla 26 Formatos investigación de accidentes e incidentes 31
Tabla 27 Consolidado de accidentes e incidentes… 32
Tabla 28 Control de ausentismo 33
Tabla 29 Inspecciones mensuales… 34
Tabla 30 Listado dotación por cargo 34
Tabla 31 Entrega de EPP 36
Tabla 32 Maquinaria/vehiculos 37

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1 Certificaciones....12
Anexo 1.2 FO-AC83....12
Anexo 1.3 Soportes de ingreso....12
Anexo 1.4 Soportes de egreso....12
Anexo 1.5 Soporte pago SS....18
Anexo 1.6 FO-AC 104....18
Anexo 2 Seguimiento reunión copasst – brigada de emergencias....18
Anexo 3 Plan de trabajo-cronograma de actividades....20
Anexo 4 Soporte Inspecciones....20
Anexo 5 Soporte Charla-capacitaciones....20
Anexo 6 Documentación maquinaria y volquetas....20
Anexo 7 Registro Fotográfico....20

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está orientado a lograr una adecuada administración de riesgos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes oficios y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador y al funcionamiento de los recursos e instalaciones.
El objetivo principal del presente informe del componente SST, es dar a conocer a la alcaldía local de Teusaquillo, el seguimiento realizado por el contratista y la interventoría durante la ejecución del Contrato 552 de 2024, el cual tiene por objeto: ¨EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA ACONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TECNICO Y APENDICES´”, comunicando las actividades que se realizan durante su ejecución con el fin de dar cumplimiento a los requisitos contractuales.

El documento que se presenta a continuación refleja la gestión SST realizada en el periodo comprendido del 27 de mayo de 2025 al 18 de junio de 2025.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Evidenciar la gestión realizada en cuanto al cumplimiento de las actividades programadas para el presente periodo, con referencia al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar cada uno de los procesos que se desarrollan en el proyecto teniendo en cuenta así las condiciones de trabajo y los peligros presentes para así generar las medidas de intervención.
- ✓ Implementar metodologías en las cuales se tenga el control de los riesgos y se diseñan estrategias encaminadas a la prevención de accidentes y enfermedades laborales.
- ✓ Prevenir y promover la seguridad y salud de nuestros colaboradores.
- ✓ Ejecutar las actividades que se encuentran contempladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a los lineamientos vigentes por la ley.

3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Tabla 1. Información del Proyecto

Entidad contratante	
Entidad	CONSORCIO TEUSAVIAL
Nit	901.902.101-5
Contrato No.	Contrato de Obra Pública 552-2024
Objeto del contrato	EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA ACONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TECNICO Y APENDICES´
Localización del proyecto	TEUSAQUILLO
Plazo de ejecución	8 meses
ARL	Sura
Nivel de Riesgo	V
Fecha de inicio	22 de Enero de 2025
Fecha de terminación	21 de Septiembre de 2026
Valor Inicial Contrato	$ 5.457.427.612

Tabla 2. Información del Contratista

Contratista	
Contratista	Consorcio Teusavial
Director Especialista de obra	Ing. Juan Felipe Delgado
Residente técnico	Ing. Andrés Felipe Echandía R
Residente ambiental	Ing. Camilo Durán
Residente SST	Ing. Tatiana Andrea Valdeleón Manrique
Residente social	T.S. Ángela María Quiroga Galvis

Tabla 3. Información de la Interventoría

Interventoría	
Interventoría	Consorcio Interteusaquillo JG
Nit	901.902.462-9
Representante Legal	Jorge Gómez Falla
Correo electrónico	Interambientalsst@gmail.com

- **Organigrama**

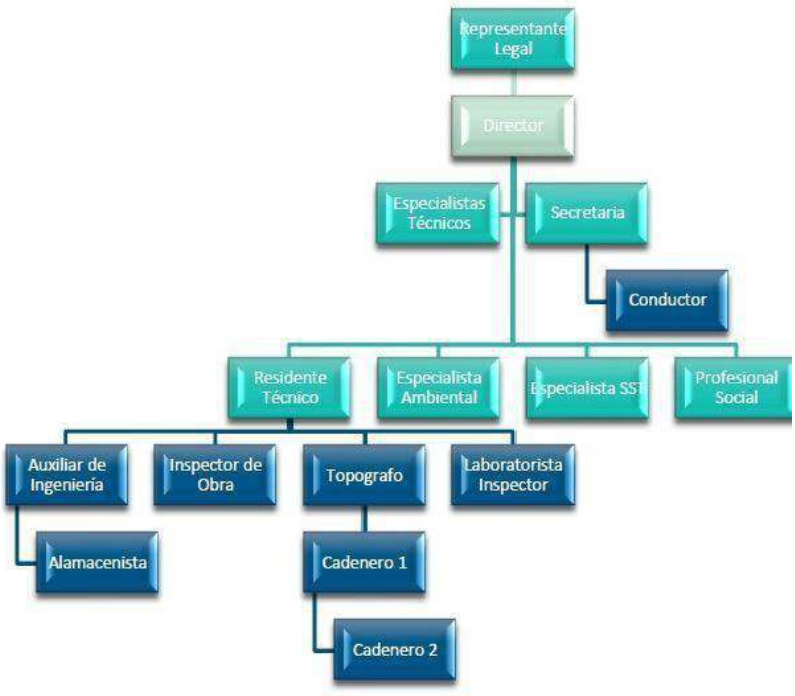


Ilustración 1 Organigrama

- **Personal para la etapa preliminar**

A continuación, se presenta una tabla general del personal contractual del Consorcio Teusavial:

Tabla 4 Personal Contractual

CARGO	% DEDICACIÓN	NOMBRE DEL PROFESIONAL
DIRECTOR DE OBRA	50%	JUAN FELIPE DELGADO
RESIDENTE DE OBRA	80%	ANDRES ECHANDIA
GEOTECNIA Y PAVIMENTOS	30%	JUAN RICARDO TRONCOSO
ESPECIALISTA HIDRAULICO	30%	LISANDRO NUÑEZ
RESIDENTE AMBIENTAL	30%	CAMILO DURAN
RESIDENTE SST	30%	TATIANA VALDELEON
RESIDENTE SOCIAL	30%	ANGELA QUIROGA

- **Punto PAC**

La oficina del área SST se ubica en la calle 39ª #29-21, apartamento tercer piso, donde cuenta con equipos de cómputo, impresión, sala de capacitaciones, punto de hidratación, unidad sanitaria y en general, con las herramientas para realizar la labor administrativa.

- **Horario de Trabajo**

Tabla 5 Horario de Trabajo

Area	*Días*	*Horario*
Administrativa	*Lunes – viernes*	*7:00 am a 4:30 pm*
	Sábado	*7:00 am a 10:30 am*
Operativa	*Lunes – viernes*	*7:00 am a 4:30 pm*
	Sábado	*7:00 am a 10:30 am*

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

La localidad de Teusaquillo es emblemática por su riqueza arquitectónica y cultural en Bogotá. Sin embargo, la historia de Teusaquillo se remonta a la época precolombina, que, con el poblamiento de la Sabana de Bogotá por los muiscas, el territorio fue organizado para aprovechar los recursos naturales de dicho lugar. La localidad de Teusaquillo está ubicada en una zona relativamente plana de la sabana de Bogotá con una ligera pendiente hacia el noroccidente, en un área donde ya han terminado los característicos cerros orientales de la ciudad. Su nombre proviene de Teusacá (en castellano), que era un villorrio ubicado alrededor de una residencia de recreo del Zipa a lado y lado de la quebrada de San Bruno, afluente del río San Francisco, a la altura de la actual carrera 2ª con calle 13 y donde se ubica La Plaza del Chorro de Quevedo. Fue el lugar escogido por Gonzalo Jiménez de Quesada, después de la conquista española para fundar la ciudad de Nuestra Señora de la Esperanza el 6 de agosto de 1538 en el sitio donde se encuentra ahora la plazoleta del Chorro de Quevedo.

.

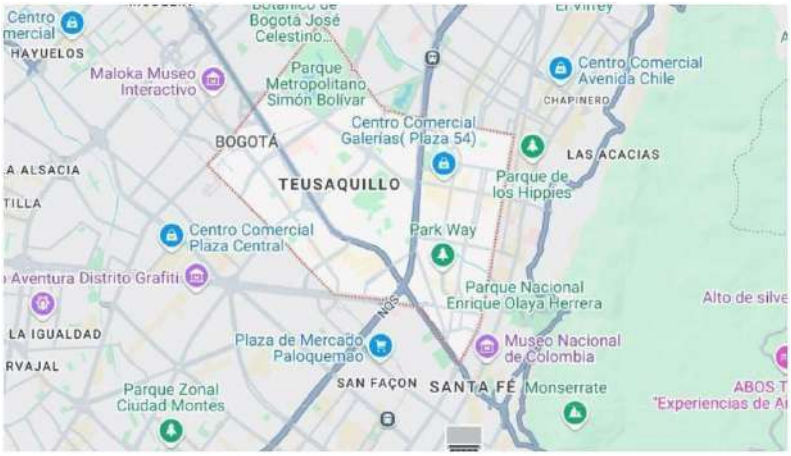


Ilustración 2 perímetro de intervención.

Teusaquillo limita al noroccidente con las localidades de Fontibón y Engativá, separadas por la Av. del Congreso Eucarístico (Av. carrera 68) entre Av. del Ferrocarril (Calle 22) y la Av. José Celestino Mutis (Calle 63). Al nororiente, colinda con la localidad de Barrios Unidos, separada por la Av. José Celestino Mutis (Calle 63), entre la Av. del Congreso Eucarístico (Av. carrera 68) y Av. Caracas (Carrera 14). Por el oriente, es separada de las localidades de Chapinero y Santa Fe por Av. Caracas (Carrera 14), entre la Av. José Celestino Mutis (Calle 63) y la Avenida El Dorado (Calle 26). Y al suroccidente limita con las localidades de Mártires y Puente Aranda, por la Avenida El Dorado (Calle 26) entre Av. Caracas (Carrera 14) y la calle 34, donde confluye con la Av. de las Américas hasta la Av. de Ferrocarril (Calle 22) y continuando por esta Avenida hasta la Av. del Congreso Eucarístico (Av. carrera 68).

Limita al occidente, con la Avenida carrera 68, que la separa de las localidades de Engativá y Fontibón; al sur, con la calle 26, la Avenida de las Américas, la calle 19 y el ferrocarril de Cundinamarca, que la separan de las localidades de Puente Aranda y Los Mártires; al norte, con la calle 63, que la separa de la localidad de Barrios Unidos, y al oriente, con la Avenida Caracas que la separa de las localidades de Chapinero y Santa Fe.

4.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La localidad está repartida entre 6

UPZ. Zona Urbana:

- 100-Galerías
- 101-Teusaquillo
- 104-Parque Simón Bolívar
- 106-La Esmeralda
- 107-Quinta Paredes
- 109-Ciudad Salitre Oriental

En la siguiente tabla se encuentran los CIV contractuales y el tipo se intervención que requería cada uno.

Tabla 6. Listado de CIV contractuales. Tomado de Anexo técnico.

N° LISTADO	ORDEN DE VISITA	CIV	PK ID	LOCALIZACION	DESDE	HASTA	ELEMENTO A INTERVENIR
1	14	13002387	180524	KR 24	SE	AC 34	CALZADA
2	5	13000593	180374	KR 18	CL 58B	CL 59	CALZADA Y CICLORUTA
3	4	13000686	180372	KR 18	CL 58	CL 58A	CALZADA Y CICLORUTA
4	3	13000794	180311	KR 16	AC 57	CL 58	CALZADA Y CICLORUTA
5	9	13001165	180680	KR 27	CL 50	CL 51	CALZADA
6	15	13002083	180923	CL 38	KR17A	KR 17	CALZADA
7	13	13000284	181670	KR 47	CL 58A	CL 59	CALZADA
8	12	13000343	181669	KR 47	CL 58	CL 58A	CALZADA
9	11	13000476	181609	KRA 36A	CL 57A	CL 57B	CALZADA
10	7	13000846	180728	TV 28	KR 28	DG61B	CALZADA
11	8	13000875	181292	CL 53B	KR 27	TV 27A	CALZADA
12	10	13000864	182302	CL 53A	KR 35	KR 36	CALZADA
13	6	13000336	181454	DG 61B	KR 19A	KR 20	CALZADA
14	1	13000826	507256	AC 57	AK14	KR 14A	ANDEN
15	2	13000814	65904	KR14A	AC57	CL58	ANDEN

FUENTE: Propia

5. ACTIVIDADES GENERALES DE LA ETAPA DE CONSTRUCCIÓN

Para el presente periodo se presentan estas actividades constructivas en los siguientes CIV´S :

CIV / BARRIO	ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	REGISTRO FOTOGRAFICO
13000343 / NICOLAS DE FEDERMAN I	- Se realiza instalación de tubería. - Acondicionamiento de terreno, instalación de geotextil y geocelda, construcción de cárcamo. - Instalación de sumideros, se extiende material sobre geomalla y se instala bordillo.	  
13000864 / NICOLAS DE FEDERMAN II	- Se realiza instalación de bordillo y sardinel. - Instalación de geotextil. - Compactación de terreno e instalación de sumideros.	 

13000476 / NICOLAS DE FEDERMAN III	- Se realizan remates de pozos. - Se realiza instalación de sardineles. - Se realiza instalación de base estabilizada	 

6. COMPONENTE D. – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con el objeto de cumplir con el componente del sistema de seguridad y salud en el trabajo propuesto y los requerimientos para la ejecución del contrato, el contratista ha conformado un grupo de gestión integrado por el director de obra, ingenieros, residentes de obra, residente sst, inspectores en general y personal de obra.

6.1 Actividades al Plan SG-SST

Durante el periodo de elaboración de este informe SST se realizaron actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- ✓ Inducción de personal para nuevos ingresos.
- ✓ Entrega de EPP
- ✓ Entrega de Dotación
- ✓ Inspecciones.
- ✓ Charlas y capacitaciones.
- ✓ Pausas Activas

6.2 Formatos Contractuales

Tabla 7 Formatos Contractuales

NOMBRE DEL DORMATO	CODIFICACIÓN DEL FORMATO	Aplicable para el periodo (SI/NO)
Registro Inducción, capacitación y entrenamiento	N/A	Si
Notificación de riesgos por puesto de trabajo	N/A	Si
Notificación de Riesgos	N/A	Si
Evaluación de Inducción /Reinducción	N/A	Si
Entrega de elementos de protección personal	N/A	Si

6.3 Inducción

El objetivo principal de la inducción es brindar al trabajador una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñara, los fines o razón social del Consorcio, la organización y la estructura de este. Con el proceso de inducción se busca resaltar las recomendaciones médicas prescritas por el Medico ocupacional del centro médico, el cual realizo al trabajador el examen de ingreso, de igual forma se da a conocer las políticas en Seguridad y Salud en el Trabajo y se notifica los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

Se realizaron inducciones de inicio a los trabajadores informándoles acerca del proyecto las reglas de seguridad y salud en el trabajo que se deben cumplir y las actividades a realizar según el cronograma para llevar a cabalidad la ejecución del mismo.

Tabla 8 Temas de Inducción

Tema	# Capacitados	Duración	Fecha
- Información general de la Empresa - Políticas SST-Ambiental-Tabaquismo/alcohol y drogas - Que es el COPASST - Que es el CCL - Que es el SG-SST	17	1 hora	-05/05/2025 -06/05/2025 -08/05/2025 -14/05/2025 -23/05/2025 -26/05/2025 -30/05/2025

6.4 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo y Políticas

Teniendo en cuenta las características del proyecto y la necesidad de incluir personal para la ejecución de las actividades del CONSORCIO TEUSAVIAL realizo un proceso de inducción y entrenamiento de acuerdo a la fecha de ingreso en el cual se trataron los siguientes temas:

- ✓ Socialización del reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo
- ✓ Socialización de la Política de Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Plan de Emergencia, principales tipos de emergencia, funciones de la brigada de emergencia y cómo actuar ante una emergencia.
- ✓ Elementos de Protección Personal EPP: funcionalidad, porte adecuado, control de riesgos.
- ✓ Notificación de riesgos de acuerdo al puesto de trabajo y actividad.

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante los formatos de asistencia y notificación.

6.5 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social

Todo el personal que ingrese a laborar al proyecto debe estar afiliado al SGS (ARP, EPS, AFP), los aportes de los mismos serán verificados de manera mensual. Así mismo se realiza examen de ingreso al personal nuevo y notificación de examen de egreso al personal que se retira de la empresa.
Toda persona visitante, conductor, personal relacionado con la obra, Interventoría, personal externo, etc. debe cumplir con las afiliaciones obligatorias y el uso de elementos de protección personal mientras permanezca en el área de desarrollo del proyecto.

Tabla 9 Afiliaciones y Aportes al Sistema de Seguridad social y de salud

Contratistas- subcontratista	Afiliación o Pago	total
Ingresos	13	13
Antiguos	35	35
Reingresos	0	0
Rotativos	11	11
Traslados	0	0
Inactivos	0	0
Retiros	0	0
Ingreso / Traslado	0	0
total		59
Activos		59

Las empresas que intervinieron durante la etapa de construcción son:

Tabla 10 Pagos de seguridad social

Empresa con plantilla mínima	**nit**	**Tipo de Contrato** **OPS/Obra labor determinada o definido**	**Pago de nómina (quincenal /mensual)**	**Fecha de Pago de SGS**
JUAN FELIPE DELGADO VALBUENA	79947081	OPS	MENSUAL	08/05/2025
JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	80026555	OPS	MENSUAL	27/05/2025
LISANDRO NUÑEZ GALEANO	5471618	OPS	MENSUAL	06/05/2025
CONSORCIO TEUSAVIAL	901902101-5	LABORAL	MENSUAL	07/05/2025
PAVIOBRAS SAS	830073703	LABORAL	MENSUAL	03/06/2025
VG EQUIPOS Y MAQUINARIA SAS	901340744-8	LABORAL	MENSUAL	13/05/2025
EP INGENIEROS CIVILES SAS	900880052	LABORAL	MENSUAL	26/05/2025
MIGUEL URREGO CONSTRUCTORES LTDA MURCO	830060678	LABORAL	MENSUAL	19/05/2025
CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	901850515-6	LABORAL	MENSUAL	28/05/2025
CASTRO VARGAS INGENIEROS SAS	901179812	LABORAL	MENSUAL	05/06/2025
SERVICIOS EFICACES AR SAS	900904439	LABORAL	MENSUAL	08/05/2025
MAQUINARIA MEDINA R Y C SAS	901307806	LABORAL	MENSUAL	05/05/2025
PRACTI VIVIENDA SAS	901707362	LABORAL	MENSUAL	13/05/2025
DISTRICOMERCIO YLSAS	901779109	LABORAL	MENSUAL	05/06/2025
HENRY CASAS CARO	79609955	LABORAL	MENSUAL	14/05/2025

Para el período en mención se presentaron las siguientes novedades:

Tabla 11 Consolidado Novedades

ANTIGUOS	INGRESOS	INGRESOS/RETIROS	INGRESO/TRASLADOS	INACTIVOS	RETIRO DE ANTIGUOS	ROTATIVOS	TRASLADO DE ANTIGUOS
35	13	0	0	0	0	11	0

6.6 Pago de salarios, prestaciones y liquidaciones

Para el presente periodo el consorcio teusavial certifica por medio del documento del revisor fiscal y representante legal de la empresa contratista donde se estipula Paz y Salvo por concepto de pagos del sistema general de seguridad social integral y salarios. En el anexo 1.4 se encuentran los soportes pago ss.

Tabla 12 Pago salarios prestaciones y liquidaciones

Periodo de pago	Informe No. 4
Personal nuevo	13
Personal antiguo	35
Ingreso /retiro	0
Traslado	0
Inactivos	0
Rotativo	11
Personal OPS	0
Liquidaciones de personal	0

Anexo 1 Certificaciones
Anexo 1.2 FO-AC 83
Anexo 1.3 Soportes Ingreso
Anexo 1.4 Soporte pago Ss
Anexo 1.5 FOAC 104 Certificado cumplimiento pagos ss, salarios parafiscales

6.7 Horas Hombre

Tabla 13 Horas Hombre

ITEM	NOMBRE	CARGO	DIAS TRABAJADOS CORTE	HORAS DIA	DEDICACIÓN %	N° HORAS AUSENTISMO	N°HORAS EXTRAS	TOTAL HORAS HOMBRE MES
1	JUAN FELIPE DELGADO VALBUENA	DIRECTOR DE OBRA	31	8	30	0	0	248
2	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	ESP. GEOTECNIA Y	31	8	30	0	0	248
3	LISANDRO NUÑEZ GALEANO	ESPECIALISTA HIDRAULICO	31	8	100	0	0	248
4	SANDRA ISABEL PERILLA FONSECA	AUXILIAR SOCIAL	31	8	100	0	0	248
5	YOHANA MARCELA AREVALO MOLINA	INGENIERA CIVIL DE	31	8	100	0	0	248
6	HENRY CAMILO DURAN MARQUEZ	RESIDENTE AMBIENTAL	31	8	30	0	0	248
7	ANDRES FELIPE ECHANDIA ROLDAN	RESIDENTE DE OBRA	31	8	80	0	0	248
8	ANGELA MARIA QUIROGA GALVIS	RESIDENTE SOCIAL	31	8	30	0	0	248
9	TATIANA ANDREA VALDELEÓN MANRIQUE	RESIDENTE SST	31	8	30	0	0	248
10	DANIEL FELIPE SANCHEZ MOLINA	TOPOGRÁFO	31	8	100	0	0	248
11	ISABEL CRISTINA AGUDELO	INSPECTORA SST	31	8	100	0	0	248
12	DAVID SEBASTIAN MARTINEZ ARENAS	INSPECTOR DE OBRA	31	8	100	0	0	248
13	REINALDO SALAS GONZALEZ	AYUDANTE DE OBRA	31	8	100	0	0	248
14	ALEXIS FEREIRA SALAS	AYUDANTE DE OBRA	31	8	100	0	0	248
15	GLORIA ESPERANZA CAMPOS	AUXILIAR SOCIAL	27	8	100	0	0	216
16	RAFAEL GUTIERREZ	CONDUCTOR	27	8	100	0	0	216
17	JOSE ALBERTO GUZMAN PERDOMO	OPERADOR FRESADORA	27	8	100	0	0	216
18	EDWIN MALAMBO	AYUDANTE DE OBRA	26	8	100	0	0	208
19	JOSE GUILLERMO GAMEZ	AYUDANTE DE OBRA	16	8	100	0	0	128
20	NESTOR ALBERTO REYES	OFICIAL DE OBRA	24	8	100	0	0	192
21	JONATHAN ROZO MARTINEZ	OPERADOR RETROEXCAVADORA	23	8	100	0	0	184
22	GIOVANNI GUIZA	OPERADOR DE MINICARGADOR	22	8	100	0	0	176
23	SANDRA LILIANA VACA	AUXILIAR TOPOGRAFIA	19	8	100	0	0	152
24	JHON FREDY HERNANDEZ	AUXILIAR TOPOGRAFIA	18	8	100	0	0	144
25	JULIÁN FERNANDO TRUJILLO DURÁN	INSPECTOR SST-AMB	17	8	100	0	0	136
26	MIGUEL ANGEL ROA PEÑA	OFICIAL DE OBRA	17	8	100	0	0	136
27	JONATHAN CASTAÑO PIEDRAHITA	AYUDANTE DE OBRA	15	8	100	0	0	120
28	YDALIS DEXIRE TORREALBA	AYUDANTE DE OBRA	13	8	100	0	0	104
29	LENIS CALDERON BOCANEGRA	AYUDANTE DE OBRA	7	8	100	0	0	56
30	JHON FREDY RAMIREZ	MAESTRO OBRA CIVIL	7	8	100	0	0	56
31	EULOGIO RAMIREZ	AYUDANTE DE OBRA	7	8	100	0	0	56
32	ANDRES GUSTAVO ROA	OFICIAL DE OBRA	5	8	100	0	0	40
33	JHON FREDY JIMENEZ	AYUDANTE DE OBRA	5	8	100	0	0	40
34	RUBEN DARIO PINILLA ROMERO	AYUDANTE DE OBRA	3	8	100	0	0	24
35	JACKSON RODRIGUEZ RIVAS	AYUDANTE DE OBRA	3	8	100	0	0	24
36	WILMER PEROZO	AYUDANTE DE OBRA	2	8	100	0	0	16
37	LEONEL VARELA	CONDUCTOR VOLQUETA	24	8	100	0	0	192
38	JAILER STIVEN MORALES SILVA	CONDUCTOR VOLQUETA	24	8	100	0	0	192
39	JOSE HUMBERTO POVEDA	CONDUCTOR VOLQUETA	24	8	100	0	0	192
40	ANDRES DAVID SANCHEZ	CONDUCTOR VOLQUETA	24	8	100	0	0	192
41	FERNANDO ZIPA	CONDUCTOR	19	8	100	0	0	152
42	PEDRO IGNACIO BARRETO	CONDUCTOR VOLQUETA	22	8	100	0	0	176
43	CARLOS ARTURO CADENA	OPERADOR	24	8	100	0	0	192
44	HUMBERTO VARGAS	OPERADOR	23	8	100	0	0	184
45	EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN	AYUDANTE DE OBRA	23	8	100	0	0	184
46	OSCAR ENRIQUE DE LIMA	AYUDANTE DE OBRA	23	8	100	0	0	184
47	JOHAN SEBASTIAN RAMIREZ SANCHEZ	AYUDANTE DE OBRA	20	8	100	0	0	160
48	KEVIN ANDRES ALZATE ROMERO	AYUDANTE DE OBRA	20	8	100	0	0	160
49	HUMBERTO DAVID CHIRINOS GRIMAN	AYUDANTE DE OBRA	20	8	100	0	0	160
50	OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ	AYUDANTE DE OBRA	16	8	100	0	0	128
51	RONAL SALCEDO	AYUDANTE DE OBRA	8	8	100	0	0	64
52	LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO	AYUDANTE DE OBRA	2	8	100	0	0	16
53	JOSE ANDRES NIETO ROA	OPERADOR	20	8	100	0	0	160
54	JOSE MIGUEL VARGAS ROA	AYUDANTE DE OBRA	6	8	100	0	0	48
55	LEONARDO MERCADO	OPERADOR	20	8	100	0	0	160
56	YERSON SNEIDER BELTRAN TOVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	18	8	100	0	0	144
57	DIEGO ARMANDO VARGAS PATIÑO	CONDUCTOR VOLQUETA	18	8	100	0	0	144
58	BRANDON ESTIVEN BELTRAN TOVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	17	8	100	0	0	136
59	HENRY CASAS CARO	CONDUCTOR VOLQUETA	16	8	100	0	0	128
	TOTAL					TOTAL HORAS		
						TOTAL TRABAJADORES		59

6.8 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)

Se realiza reunión de seguimiento del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo en las instalaciones del punto PAC el día 21 de mayo de 2025, de la cual se generó el acta respectiva en donde se trataron temas relacionados con el mejoramiento del programa de SST y las novedades presentadas en el presente periodo, se evaluó el cumplimiento de las actividades programadas, identificando avances y tareas pendientes. En el anexo 2 se encuentra el soporte del acta de reunión de seguimiento de copasst.

El comité continuará con el monitoreo mensual quedando establecido de la siguiente manera:

Tabla 14 Representantes COPASST por parte del empleador

PRINCIPAL	SUPLENTE
TATIANA ANDREA VALDELEÓN	CAMILO DURAN
Cargo: Residente SST	Cargo: Residente Ambiental

Tabla 15 Representantes COPASST por parte de los trabajadores

PRINCIPAL	SUPLENTE
ISABEL AGUDELO	ALEXIS FEREIRA
Cargo: Inspectora SST-AMBIENTAL	Cargo: Ayudante de Obra

Tabla 16 Compromisos

ACTA No.	FECHA	ASISTENTES	TEMAS TRATADOS	COMPROMISOS
1	21/05/2025	4	Reunión de seguimiento mensual COPASST	Reunión de seguimiento mensual Copasst para el mes de Junio

6.9 Comité de Convivencia Laboral

Para el presente periodo se realiza reunión del comité de convivencia laboral de acuerdo a lo lineamientos de la normatividad vigente, en las cuales se trataron temas de interés como la identificación de factores que puedan afectar el ambienta laboral y la convivencia. En el anexo 2 se encuentra el soporte del acta de reunión trimestral del CCL.

Tabla 17 Representantes CCL por parte del empleador

PRINCIPAL	SUPLENTE
TATIANA ANDREA VALDELEÓN	CAMILO DURAN
Cargo: Residente SST	Cargo: Residente Ambiental

Tabla 18 Representantes CCL por parte de los trabajadores

PRINCIPAL	SUPLENTE
ISABEL AGUDELO	DANIEL FELIPE SANCHEZ
Cargo: Inspectora SST-AMBIENTAL	Cargo: Topógrafo

6.10 Conformación Brigada de Emergencia

De acuerdo a la Resolución 0256 de 2014 y la Ley 9 de 1979, Resolución 2400 de 1979, Resolución 1016 de 1989, Decreto 2222 de 1993, Decreto 1443 de 2014 y la Ley 1575 de 2012, se establece que todo lugar de trabajo deberá disponerse de personal capacitado, métodos, equipos y materiales adecuados para la prevención y extinción de incendios.

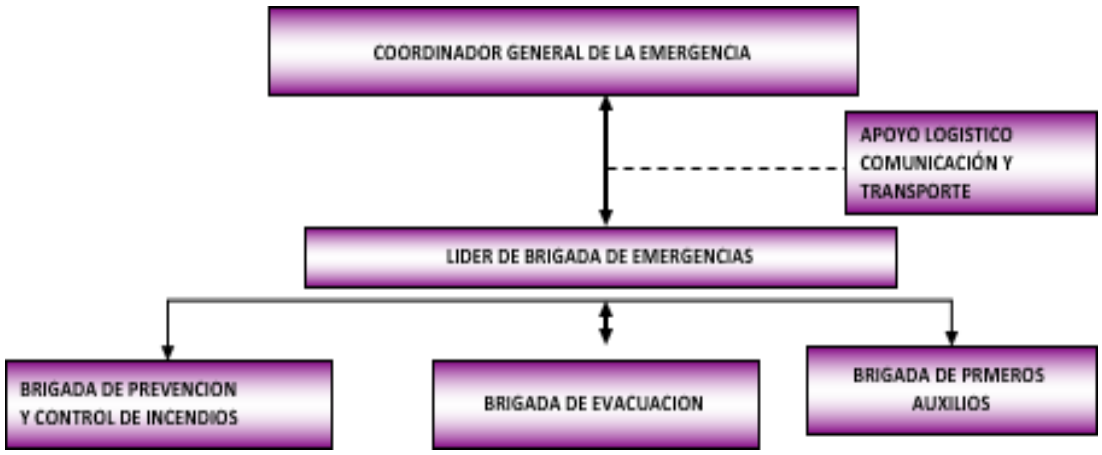


Ilustración 2 Estructura Brigada Emergencia

Para el presente periodo se realizó reunión de seguimiento mensual de la brigada de emergencia en donde se trataron temas sobre las condiciones de trabajo seguros, así mismo se realizó retroalimentación de la ubicación del punto de encuentro de los frentes de obra. En el anexo 2 se encuentra el soporte del acta de reunión de seguimiento de la brigada de emergencia.

Tabla 19 Conformación Brigada de emergencia

JEFE DE BRIGADA	
NOMBRE	**CARGO**
Tatiana Valdeleón Manrique	Residente SST
JEFE DE EVACUACIÓN	
NOMBRE	**CARGO**
Camilo Duran	Residente Ambiental
Angela Quiroga	Residente social
BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS	
NOMBRE	**CARGO**
Sebastián Martínez	Inspector de Obra
Alexis Fereira Salas	Ayudante de obra - Boal
Reinaldo Salas	Ayudante de obra - Boal
Jonathan Castaño	Ayudante de obra - Boal
Ydalis Torrealba	Ayudante de obra - Boal
Lenis Calderon	Ayudante de obra - Boal
Wilmer Perozo	Ayudante de obra - Boal

Anexo 2 Acta seguimiento reunión mensual Copasst - CCL - Brigada de Emergencia

De la misma manera, para la obra y el PAC, se tienen disponibles los elementos para la atención de emergencias tales como botiquín para la atención de primeros auxilios, extintor y camilla para el traslado de personal en caso de ser requerido.

Así mismo se instaló la señalización de emergencias en el PAC y en los frentes de obra activos.

Tabla 20 Registro Fotográfico Señalización Punto PAC.



Ilustración 3 Elementos para la atención de Emergencia



Ilustración 4 Señalización Punto Encuentro



Ilustración 5 Señalización Ruta de Evacuación



Ilustración 6 Señalización Ruta de Evacuación

7. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

7.1 Exámenes médicos Ocupacionales

Tabla 21 Examen médico ingreso

CONTRATISTA /SUBCONTRATISTA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	INGRESO	PERIODICO	EGRESO	VALORACIÓN DE INGRESO
CASTRO VARGAS INGENIEROS SAS	CARLOS ARTURO CADENA	1032383432	OPERADOR	05/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
DISTRICOMERCIO YLSAS	HUMBERTO VARGAS	80265284	OPERADOR	06/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
CONSORCIO TEUSAVIAL	EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN	79896322	AYUDANTE DE OBRA	06/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
CONSORCIO TEUSAVIAL	OSCAR ENRIQUE DE LIMA	1118843305	AYUDANTE DE OBRA	06/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
CONSORCIO TEUSAVIAL	JOHAN SEBASTIAN RAMIREZ SANCHEZ	1033698531	AYUDANTE DE OBRA	08/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
CONSORCIO TEUSAVIAL	KEVIN ANDRES ALZATE ROMERO	1105464056	AYUDANTE DE OBRA	08/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
CONSORCIO TEUSAVIAL	HUMBERTO DAVID CHIRINOS GRIMAN	7094719	AYUDANTE DE OBRA	08/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
EP INGENIEROS CIVILES	OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ	107367696	AYUDANTE DE OBRA	14/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
EP INGENIEROS CIVILES	RONAL SALCEDO	5300663	AYUDANTE DE OBRA	23/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
EP INGENIEROS CIVILES	LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO	4052960	AYUDANTE DE OBRA	30/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
MAQUINARIA MEDINA R YC SAS	JOSE ANDRES NIETO ROA	1031132699	OFICIAL DE OBRA	09/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
EP INGENIEROS CIVILES	JOSE MIGUEL VARGAS ROA	79878620	AYUDANTE DE OBRA	26/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
MAQUINARIA MEDINA R YC SAS	LEONARDO MERCADO	1143402900	OPERADOR	09/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
PRACTIVIVIENDA SAS	YERSON SNEIDER BELTRAN TOVAR	119317097	CONDUCTOR VOLQUETA	12/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
SERVICIOS EFICACES AR SAS	DIEGO ARMANDO VARGAS PATIÑO	1033718626	CONDUCTOR VOLQUETA	12/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
PRACTIVIVIENDA SAS	BRANDON ESTIVEN BELTRAN TOVAR	1033802296	CONDUCTOR VOLQUETA	13/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO
HENRY CASAS CARO	HENRY CASAS CARO	179609955	CONDUCTOR VOLQUETA	14/05/2025	N/A	X	N/A	N/A	APTO

Tabla 22 Examen Periódico

CONTRATISTA /SUBCONTRATISTA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	INGRESO	PERIODICO	EGRESO	VALORACIÓN DE INGRESO
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 23 Examen Egreso

CONTRATISTA /SUBCONTRATISTA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	INGRESO	PERIODICO	EGRESO	VALORACIÓN DE INGRESO
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

8. SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

- **Unidades sanitarias**

Según la Resolución 2400 de 1979 se debe dotar de unidades sanitarias con la siguiente especificación: por cada quince (15) trabajadores se debe disponer de una unidad sanitaria, además los trabajadores tendrán acceso al sistema sanitario del campamento. Para los frentes de obra activos se tienen instalados las siguientes unidades sanitarias:

Tabla 24 Saneamiento Básico

FRENTE DE OBRA	CAMPAMENTOS MÓVILES	CAMPAMENTOS FIJOS	BAÑOS PORTÁTILES		BAÑOS FIJOS
			Hombre	Mujer	
Punto PAC	0	1	0	0	2
Nicolas de Federman I	1	0	1	1	0
Nicolas de Federman II	1	0	1	1	0
Nicolas de Federman III	1	0	1	1	0
TOTAL	**3**	**1**	**3**	**3**	**2**

- **Manejo de Vestier**

En los campamentos se acondicionará un área especial para cumplir con las necesidades que cumple como casillero, garantizando el bienestar del trabajador. En cada frente de obra se dispone de carpas que será utilizados como vestier de los trabajadores de 2m x 2m con estructura, techos y laterales de lona impermeable, exclusivo para el cambio de ropa de los trabajadores y almacenamiento de sus objetos personales.

- **Suministro de Hidratación**

Se dispondrán de botellones de agua de 25 litros, los cuales serán inspeccionados por los inspectores SST y la residente SST estando atentos al momento de requerir el suministro, para el servicio de los trabajadores de la obra. En cada frente de obra se dispone de un punto de hidratación para los colaboradores y este se repone a medida que se va terminando.

9. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

9.1 Divulgación de los Procedimientos para Trabajo Seguro

De acuerdo al desarrollo de las actividades que se efectúen en el transcurso del proyecto se tendrán en cuenta los procedimientos descritos según corresponda, cumpliendo con lo establecido. Durante el periodo evaluado se avanzó en la ejecución de varias actividades correspondientes al mejoramiento de la malla vial, conforme al cronograma establecido.

- Se realizó excavación mecánica y nivelación
- Se realizo construcción de pozos e instalación de redes.

Teniendo en cuenta estas actividades se realizó la socialización al personal operativo y técnico sobre los lineamientos del procedimiento seguro para trabajos de excavación, con el fin de prevenir incidentes, daños a redes y garantizar la integridad de los trabajadores y equipos.

FRENTES DE OBRA DONDE SE PRESENTARON EXCAVACIONES	
ACTIVIVIDAD	REGISTRO FOTOGRAFICO
Nicolas de Federman II : Durante la excavación con una profundidad de 1,20 metros para la instalación de tubería, se implementaron medidas preventivas de seguridad consistentes en la instalación de entibado con láminas metálicas y palos rollizos, con el fin de evitar deslizamientos de tierra y proteger la integridad física de los trabajadores. Adicionalmente, el área fue debidamente señalizada con triplecinta para restringir el acceso no autorizado y advertir sobre el riesgo de caída. Antes de iniciar cualquier actividad constructiva, se lleva a cabo una charla de seguridad en la que se socializa con el personal el desarrollo de la labor a ejecutar, los riesgos asociados y las medidas preventivas que deben implementarse, buscando garantizar que todos los trabajadores conozcan los procedimientos seguros, el uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP) y las condiciones del entorno, promoviendo así una ejecución segura y controlada de la tarea.	

NOMBRE	CÓDIGO
Procedimiento Seguro Excavaciones	PCD_E1_V1

OBJETIVOS

Garantizar correcta ejecución de actividades de excavación manual y mecánica con las respectivas protecciones y medidas de seguridad minimizando riesgos al personal, maquinaria, equipos, instalaciones o medio ambiente.

ACTIVIDADES

Antes de iniciar actividades de excavación se debe contemplar las siguientes condiciones:

- Identificar las redes existentes que puedan interferir en el área a intervenir.
- Evaluar la profundidad de la excavación ya que si sobre pasa los 2 mt ya aplica permiso de alturas.
- El área técnica es quien determina si se requiere entibado y que tipo de entibado instalara de acuerdo a las condiciones del terreno.
- Identificación de las condiciones del área, postes, torres, edificaciones, árboles que puedan generar riesgos o interferir con el desarrollo de la excavación.
- Colocar señalización de advertencia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se realizará siempre que se ejecuten actividades de excavación.

COSTOS

El presupuesto general del contrato de obra contempla los costos para la ejecución del área Ambiental y SST.

REGISTROS ASOCIADOS

- Formato Asistencia Capacitación/Inducción

RESPONSABLES

- Director de Obra
- Residente SST
- Residente de Obra
- Inspectores de Obra

9.1.1 Capacitaciones

Para el periodo del presente informe se realizó charla informativa sobre: Estilos de vida saludables – Pausas Activas – Peligros y Riesgos – Prevención en daños de redes de gas – Procedimientos seguros en excavación – Brigada de emergencia dando cumplimiento con las actividades establecidas en el plan de trabajo anual y cronograma de charlas y capacitaciones.

Tabla 25 Capacitaciones/Charlas Informativas

Fecha	Capacitación/Charla	No Asistentes
15 de Mayo de 2025	Estilos de vida saludable	25
22 de Mayo de 2025	Pausas Activas	23
15 de Mayo de 2025	Peligros y Riesgos	26
14 de Mayo de 2025	Prevención en daños de redes de gas	22
13 de Mayo de 2025	Procedimiento seguro en excavación	15
13 de Mayo de 2025	Brigada de Emergencia	11
Total de Capacitaciones/Charla		6

Charlas Diarias	
Fecha	**Temática**
02/05 – 03/05	Indicaciones generales para inicio del periodo Procedimientos seguros
05/05 – 10/05	Manejo de vegetación
12/05 – 17/05	Importancia y uso adecuado de EPP’s
19/05 – 24/05	Procedimientos seguros en excavaciones
26/05 – 31/05	Respuesta a emergencias y uso adecuado del extintor

Anexo 3 Plan de Trabajo- Cronograma charlas y capacitaciones
Anexo 4. Soportes Inspecciones
Anexo 5. Soportes Charlas/Capacitaciones

10. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN)

10.1 Reporte de Accidentes e Incidentes

Durante el presente periodo no se reportan accidentes e incidentes de Trabajo.
Los formatos que se usaran para la investigación y reporte de accidentes cuando se requiera son los siguientes:

Tabla 26 Formatos para investigación de accidentes

Nombre del Formato	Aplicable para el periodo
Formato Investigación de accidente	NO
Caracterización de accidentalidad	NO
Estadística de Accidental	NO
Lecciones Aprendidas	NO

HTT mes :31 días * 46 horas semana * 59 trabajadores: 84.134

Tabla 27 consolidados de accidente laborales

periodo	***No. De trabajadores***	***HHT***	***No. De Accidentes***	***Días pedidos o cargados***	***LF***	***LS***	***PATM***	***PEL***	***Ausentismo***
22 de enero – 21 de febrero 2025	7	9.982	0	0	0	0	0	0	0
22 de febrero – 21 de marzo 2025	14	19.964	0	0	0	0	0	0	0
22 de marzo – 30 de Abril 2025	41	58.466	0	0	0	0	0	0	0
01 de mayo – 31 de mayo 2025	59	84.134	0	0	0	0	0	0	0

10.2 Estadísticas de Accidentalidad

De acuerdo con lo anterior el CONSORCIO TEUSAVIAL, para el presente periodo reporta una estadística de Accidentalidad en 0.

10.3 Descripción del Accidente

Para el presente periodo no se presentan accidentes de trabajo.

10.4 Plan de Acción

No se requiere de un plan de acción.

10.5 Incidentes

Para el presente periodo no se reportan incidentes.

10.6 Plan de Acción

No se requiere de un plan de acción.

10.7 Accidentes Contra Terceros

No se presentan accidentes contra terceros en el presente periodo.

10.8 Plan de acción

No se requiere de un plan de acción.

10.9 Ausentismo

IA=(Horas de ausentismo / Horas programadas de trabajo)

IA= 40 / 46 = 0,87

Para el presente periodo se reporta una estadística de ausentismo laboral del 0,87%.

Tabla 28 Control de Ausentismo

Causas de Ausentismo	No de casos	No de días perdidos
Accidente de Trabajo	0	0
Enfermedad General	1	5
Licencia o permisos	0	0
Total	**1**	**5**

- *Ausentismo Por Enfermedad General*

nombre	cedula	Inicio incapacidad	Días de incapacidad
HENRY CAMILO DURAN MARQUEZ	80903575	13/05/2025	5

- *Ausentismo Licencia de Maternidad o Ley Maria*

nombre	cedula	Inicio incapacidad	Din incapacidad	Días de incapacidad
0	0	0	0	0

11. PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO Y SISTEMAS DE PERMISOS DE TRABAJO

11.1 Registro de Inspecciones Efectuadas

En cumplimiento del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo, se realizaron diferentes tipos de inspecciones en la oficina y en los frentes de obra activos, en el anexo 4 se encuentran los respectivos soportes, con el fin de garantizar la integridad de los trabajadores las cuales se muestran a continuación:

Tabla 29 Inspecciones Mensuales

CONSOLIDADO DE INSPECCIONES			
INSPECCIÓN REALIZADA	**FRENTE DE OBRA**	**FECHA DE REALIZACIÓN**	**CANTIDAD**
Inspección Señalización y Seguridad	Nicolas de Federman I	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman II	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman III	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
Inspección Orden y aseo	Nicolas de Federman I	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman II	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman III	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman I	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman II	15 de Mayo de 2025	2

Inspección Extintores		31 de Mayo de 2025	
	Nicolas de Federman III	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
Inspección Botiquín	Nicolas de Federman I	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman II	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman III	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
Inspección Locativa	Nicolas de Federman I	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman II	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2
	Nicolas de Federman III	15 de Mayo de 2025 31 de Mayo de 2025	2

11.2 Matriz de Peligros

La matriz de riesgos se elaboró de acuerdo a las actividades de construcción ejecutadas por el Consorcio Teusavial no presenta ninguna actualización.

11.3 Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.

Son aquellos elementos de protección personal que hacen parte de la dotación cuyo objeto es proteger al personal de los riesgos de actividades y exposiciones que tienen de acuerdo a las labores que desempeñan minimizando los riesgos o en lo posible evitándolos completamente.

Los siguientes son los elementos básicos de protección de personal que deberá utilizar el personal para asegurar un riesgo mínimo y de seguridad y llevar un control en su entrega y uso.

Tabla 30 Listado Dotación por Cargo

CARGO	EQUIPO DE DOTACION Y DOTACION
Residentes Auxiliares Director de Obra Coordinación del Proyecto Comisión Topográfica Inspectores	○ Casco De Seguridad Blanco ○ Monogafas De Seguridad ○ Botas De Cuero Con Punta De Acero ○ Protector Auditivo Inserción ○ Protector Respiratoria (Mascarilla Normal) ○ Chaleco o Chaqueta Impermeable ○ Impermeable Para Invierno ○ Bota De Caucho Con Punta De Acero ○ Guantes Vaqueta
Operador de Maquinaria	○ Casco De Seguridad Amarillo ○ Overol ○ Monogafas De Seguridad ○ Botas De Cuero Con Punta De Acero ○ Protector Auditivo Tipo Copa U Orejeras ○ Protector Respiratoria (Mascarilla Normal) ○ Impermeable Para Invierno ○ Bota De Caucho Con Punta De Acero ○ Guantes Nitrilo
Oficial Maestro Ayudant e Auxiliar de Trafico Boal	○ Casco De Seguridad Amarillo ○ Overol ○ Monogafas De Seguridad ○ Botas De Cuero Con Punta De Acero ○ Protector Auditivo Tipo Inserción ○ Protector Respiratoria (Mascarilla Normal) ○ Impermeable Para Invierno ○ Bota De Caucho Con Punta De Acero ○ Guantes vaqueta ○ Guantes De Caucho

11.3.1 Entrega y Reposición de EPP.

Se realiza la respectiva entrega de casco, overol, Botas Tipo Cuero o Caucho, monogafas de seguridad, protector auditivo tipo inserción o Copa, protección respiratoria (mascarilla normal), guantes vaqueta y guantes de caucho, a todo el personal de obra y se hará reposición cada vez que sea necesario.

Tabla 31 Entrega de EPP

EPIS	UNIDAD
Casco	**13**
Botas Tipo Ing	**0**
Botas Material Punta Acero	**13**
Monogafas	**13**
Guantes Vaqueta	**13**
Tapa oídos de Inserción	**13**

12. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

Durante el desarrollo de las actividades constructivas del periodo, se utilizaron sustancias químicas como gasolina, ACPM y Proestech, las cuales fueron empleadas para labores específicas. Para su manejo, almacenamiento y disposición se siguieron los lineamientos establecidos en las hojas de seguridad de cada sustancia, garantizando el uso de elementos de protección personal adecuados y correcto almacenamiento en los diques de contención, con el fin de prevenir riesgos por inflamabilidad, inhalación de vapores o contacto dérmico.

- Identificación y etiquetado: Todas las sustancias químicas están correctamente etiquetadas con su hoja de datos de seguridad
- Almacenamiento seguro: Los productos de limpieza se almacenas en un área segura fuera del alcance del personal no autorizado lejos de fuentes de calor.
- Uso de Epp : La persona que usa los productos de limpieza cuenta con sus respectivos elementos de protección personal.

REGISTRO FOTOGRAFICO		
		
Contención de Sustancias	Protección de diques	Señalización

13. MAQUINARIA Y VEHÍCULOS

Para el presente periodo se reporta el ingreso de la siguiente maquinaria y vehículos en obra.

Tabla 32 Maquinaria / Vehículos

Móvil sticker	estado	tipo	marca	referencia	Serial/placa	Modelo
02	optimo	Retroexcavadora	Hitachi	ZX75US	n/a	2012
09	optimo	Fresadora	Wirtgen 100	W100	n/a	2013
07	optimo	Minicargador	XCMG	XC740K	n/a	2023
04	optimo	Volqueta	Chevrolet	n/a	AFE182	1955
10	optimo	Retroexcavadora	Hitachi	ZX40U-2	n/a	2007
12	optimo	Vibrocompactador	Caterpillar	CB-224C	n/a	2009
13	optimo	Minicargador	Bobcat	S570	n/a	2014
14	optimo	Retroexcavadora	Kubota	U50-5S	n/a	2022
06	optimo	Volqueta	Kenworth	n/a	TAM188	2013
05	optimo	Volqueta	Kenworth	n/a	TAM189	2013
16	optimo	Volqueta	International		SPV659	2011
19	optimo	Volqueta	International		STR897	2012
08	optimo	Volqueta	International		WFH923	2015
15	optimo	Volqueta	International		SOP192	2008
20	optimo	Volqueta	International		SRO698	2009
00	optimo	Volqueta	Chevrolet	n/a	AFE182	1955
00	optimo	Volqueta	Dodge	n/a	AHJ430	1971
00	optimo	Volqueta	Ford	n/a	SNF516	1952
00	optimo	Volqueta	Ford	n/a	SBC537	1951
00	optimo	Volqueta	Chevrolet	n/a	EKD753	1953

Sin embargo, se aclara que las volquetas AFE182 – AHJ430 – SNF516 – SBC537 – EKD753 no se presentaron en la obra en el presente periodo por lo cual no se les asigno identificación móvil. En el anexo 5 se encuentran los soportes de preoperacionales y el formato de maquinaria y equipo .

14. ACTIVIDADES DE BIENESTAR

Con el objetivo de propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el desarrollo de la creatividad, la identidad, la eficiencia, mejorar el desempeño y la participación de todos los colaboradores que hacen parte del proyecto Consorcio Teusavial se han establecido actividades para el bienestar de los mismos, como lo es el calendario de cumpleaños.

15. CONTROL DE CORRESPONDENCIA

Código	Fecha del oficio	Remite	Asunto
CIT_FDLT_577_2024_074	16/05/2025	INTERTEUSAQUILLO JG	informe ambiental No. 3 DE OBRA - CONTRATO 552 DE 2024
TEUSAVIAL-552-058	15/05/2025	TEUSAVIAL	Correcciones Informe Ambiental Abril V02
CIT_FDLT_577_2024_067	14/05/2025	INTERTEUSAQUILLO JG	INFORMES SST No. 3 DE OBRA - CONTRATO 552 DE 2024
TEUSAVIAL-552-057	14/05/2025	TEUSAVIAL	Solicitud de autorización para ejecución de actividades constructivas en jornada nocturna COP-552-2024
CIT_FDLT_577_2024_065	9/05/2025	INTERTEUSAQUILLO JG	Mini BOBCAT S570 y Retro KUBOTA U50-5S
TEUSAVIAL-552-055	8/05/2025	TEUSAVIAL	Corrección INF_AMBIENTAL 03
CIT_FDLT_577_2024_062	7/05/2025	INTERTEUSAQUILLO JG	Mini BOBCAT S570
CIT_FDLT_577_2024_063	7/05/2025	INTERTEUSAQUILLO JG	Calificación cumplimiento A&SST 100%
TEUSAVIAL-552-052	7/05/2025	TEUSAVIAL	Informe A&SST 3
TEUSAVIAL-552-054	7/05/2025	TEUSAVIAL	Retro Kubota
TEUSAVUAL-552-053	6/05/2025	TEUSAVIAL	Mini BOBCAT S6S0

16. INDICADORES DE GESTIÓN

Mensualmente, se llevarán indicadores de gestión SST acordes con la Política y objetivos del SG-SST trazados, los cuales serán analizados con el fin de tomar acciones preventivas y correctivas que garanticen el mejoramiento continuo del desempeño durante la ejecución de la obra.

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	MEDICIÓN	INDICADOR
ESTRUCTURA	Plan de trabajo anual	Número de actividades del plan anual de trabajo / Número de actividades del plan anual de trabajo cumplidas * 100	23/23*100=100%
	Responsabilidades	# Total de jefes con delegación de responsabilidad del SG-SST / Total jefes del área	4/4*100=100%
	Funcionamiento del Copasst	# De reuniones del Copasst realizadas / # De reuniones del Copasst programadas para el periodo * 100	1/1*100=100%
	Plan de emergencias	# de frentes de obra con kit de emergencia / # total de frentes de obra activos con kit de emergencia * 100	3/3*100=100%
	Capacitación en SST	# de capacitaciones-charlas ejecutadas / # de capacitaciones-charlas programadas * 100	6/6*100=100%
PROCESO	Inducciones Realizadas	# De inducciones realizadas / # De inducciones propuestas * 100	17/17*100=100%
	Investigación de accidentes e incidentes	# De accidentes e incidentes investigados / # De accidentes e incidentes reportados	0/0*100=100%
	Exámenes de ingreso	# De exámenes médicos ejecutados / # De exámenes propuestos en el mes * 100	17/17*100=100%
	Inspecciones realizadas	# De inspecciones realizadas / # De inspecciones programadas * 100	5/5*100=100%
RESULTADO	Índice de frecuencia de los accidentes	F=(# accidentes en el periodo) /(HHT en el periodo) x 100000	0/84.134*100000=0%
	% Uso de EPP	Muestra el porcentaje de personas que usan los EPP	59/59*100=100%

17. REGISTRO FOTOGRAFICO

Se presenta el registro en imágenes del desarrollo y cumplimiento de las actividades del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

Anexo 6. Registro Fotográfico.

18. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

- ✓ Durante el periodo del presente informe, se dio cumplimiento en cada una de las actividades realizadas en el área SST, de acuerdo a los documentos contractuales y a la normatividad vigente.
- ✓ Se presentaron 17 ingresos de personas nuevas a quienes se les realizo la correspondiente inducción y notificación de riesgos.
- ✓ No se presentaron accidentes de trabajo en el periodo correspondiente.
- ✓ Se realizo entrega de dotación y Epp.
- ✓ Durante este periodo se realizaron las siguientes inspecciones en los frentes de obra: Nicolas de Federman I – Nicolas de Federman II – Nicolas de Federman III Botiquín, extintor, orden y aseo, Señalización y seguridad, Locativa.

ANEXOS

ANEXO 1. CERTIFICACIONES
ANEXO 1.2 FO-AC 83

FORMATO

FECHA			SUBDIRECCIÓN GENERAL DE	DIRECCIÓN TÉCNICA DE	SUBDIRECCIÓN TÉCNICA	PERIODO INFORME			
3	5	2025				DESDE	1/05/2025	HASTA	31/05/2025

CONTRATISTA OBRA / CONSULTORIA		INTERVENTORIA	
CONTRATO No	CONTRATO DE OBRA No. 552-2024 COP (120683)	CONTRATO No	577-2024
CONTRATISTA / CONSULTOR	CONSORCIO TEUSAVIAL	INTERVENTOR	CONSORCIO INTERTEUSAQUILLO JG
OBJETO	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES"	OBJETO	REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURIDICA, SOCIAL, SST Y AMBIENTAL DEL CONTRATO RESULTANTE DE LA LICITACION PUBLICA DE OBRA CUYO OBJETO ES "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON

MES DE REPORTE	PERSONAL				DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL POR LOCALIDADES DE RESIDENCIA																		
	CONSOLIDADO		18- 28 AÑOS	> O IGUAL 29 AÑOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	OTRO (Fuera de Bogotá)
MAYO	MUJERES	11	2	9	0					0	1	0	1	2			1	0		1			2		
	HOMBRES	24	9	15	3					1	0	1	0	1			7	2		1			28		
	TOTAL	35	11	24	3	0	0	0	0	1	1	1	1	3	0	0	8	2	0	2	0	0	30	0	0
	CONDICIÓN DISCAPACIDAD		18- 28 AÑOS	> O IGUAL 29 AÑOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	OTRO (Fuera de Bogotá)
	MUJERES	0	0	0																					
	HOMBRES	0	0	0																					
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NÚMERO	EMPRESA (CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA)	DATOS DEL TRABAJADOR										ARL			EPS	AFP	FECHA CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA			VALORACION INGRESO
		TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	EDAD	SEXO F / M	LOCALIDAD DE RESIDENCIA Nº	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	NOMBRE ARL	CLASE PARTICIPO	FECHA AFILIACION	NOMBRE EPS	NOMBRE AFP	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO	
NUEVO																				
1	CASTRO VARGAS INGENIEROS SAS	LABORAL	CARLOS ARTURO CADENA	1032383432	38	X	CIUDAD BOLIVAR	OPERADOR	5/05/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	2/05/2025	FAMISANAR	PROTECCIÓN	2/05/2025	N/A	N/A	APTO
2	DISTRICOMERCIO YLSAS	LABORAL	HUMBERTO VARGAS	80285284	62	X	CIUDAD BOLIVAR	OPERADOR	6/05/2025	N/A	SURA	V	6/05/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	5/12/2024	N/A	N/A	APTO
3	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN	79896322	46	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	6/05/2025	N/A	SURA	V	26/03/2025	SANITAS	PORVENIR	25/03/2025	N/A	N/A	APTO
4	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	OSCAR ENRIQUE DE LIMA	1118843305	43	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	6/05/2025	N/A	SURA	V	26/03/2025	SALUD TOTAL	COLFONDOS	25/03/2025	N/A	N/A	APTO
5	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	JOHAN SEBASTIAN RAMIREZ SANCHEZ	1033698531	23	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	8/05/2025	N/A	SURA	V	24/04/2025	COMPENSAR	PORVENIR	23/04/2025	N/A	N/A	APTO
6	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	KEVIN ANDRES ALZATE ROMERO	1105464056	18	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	8/05/2025	N/A	SURA	V	22/04/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	16/04/2025	N/A	N/A	APTO
7	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	HUMBERTO DAVID CHIRINOS GIRAUN	7094719	39	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	8/05/2025	N/A	SURA	V	23/04/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	21/04/2025	N/A	N/A	APTO
8	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ	107367696	18	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	14/05/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	14/11/2024	SALUD TOTAL	PORVENIR	2/11/2024	N/A	N/A	APTO
9	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	RONAL SALCEDO	5300663	37	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	23/05/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	15/01/2024	SANITAS	PORVENIR	20/05/2025	N/A	N/A	APTO
10	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO	4052960	63	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	30/05/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	27/05/2025	FAMISANAR	COLPENSIONES	24/05/2025	N/A	N/A	APTO
11	MAQUINARIA MEDINA R Y C SAS	LABORAL	JOSE ANDRES NIETO ROA	1031132699	33	X	CIUDAD BOLIVAR	OPERADOR	9/05/2025	N/A	SURA	V	15/01/2025	COMPENSAR	PORVENIR	15/01/2025	N/A	N/A	APTO
12	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	JOSE MIGUEL VARGAS ROA	79878620	46	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	26/05/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	25/04/2025	NUEVA EPS	PORVENIR	23/04/2025	N/A	N/A	APTO
13	MAQUINARIA MEDINA R Y C SAS	LABORAL	LEONARDO MERCADO	1143402900	32	X	BOSA	OPERADOR	9/05/2025	N/A	SURA	V	9/05/2025	NUEVA EPS	PORVENIR	31/05/2024	N/A	N/A	APTO
ANTIGUO																				
1	JUAN FELIPE DELGADO VALBUENA	OPS	JUAN FELIPE DELGADO VALBUENA	79947081	47	X	USAQUÉN	DIRECTOR DE OBRA	1/02/2025	N/A	SURA	V	5/02/2025	SURA	COLPENSIONES	29/07/2025	N/A	N/A	APTO
2	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	OPS	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	80026555	45	X	FUENTE ARANDA	ESP. GEOTECNIA Y PAVIMENTOS	1/02/2025	N/A	POSITIVA	V	10/02/2025	SANITAS	COLFONDOS	6/03/2024	N/A	N/A	APTO
3	LISANDRO NUÑEZ GALEANO	OPS	LISANDRO NUÑEZ GALEANO	5471618	42	X	USAQUÉN	ESPECIALISTA HIDRAULICO	1/02/2025	N/A	POSITIVA	V	6/02/2025	NUEVA EPS	COLFONDOS	24/12/2022	N/A	N/A	APTO
4	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	SANDRA ISABEL PERILLA FONSECA	52104995	52	X	BOSA	AUXILIAR SOCIAL	25/01/2025	N/A	SURA	V	25/01/2025	FAMISANAR	COLPENSIONES	23/01/2025	N/A	N/A	APTO
5	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	YOHANA MARCELA AREVALO MOLINA	1032380392	38	X	FONTIBÓN	INGENIERA CIVIL DE OBRAS Y TECNICA	13/02/2025	N/A	SURA	V	13/02/2025	SANITAS	COLPENSIONES	20/02/2025	N/A	N/A	APTO
6	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	HENRY CAMILO DURAN MARQUEZ	80903575	39	X	MARTIRES	RESIDENTE AMBIENTAL	18/02/2025	N/A	SURA	V	18/02/2025	COMPENSAR	COLPENSIONES	12/02/2025	N/A	N/A	APTO
7	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	ANDRES FELIPE ECHANDIA BOLIVAR	79785617	49	X	USAQUÉN	RESIDENTE DE OBRA	18/02/2025	N/A	SURA	V	18/02/2025	SANITAS	SKANDIA	29/07/2024	N/A	N/A	APTO
8	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	ANGELA MARIA QUIROGA GALVIS	52753727	43	X	PUENTE ARANDA	RESIDENTE SOCIAL	18/02/2025	N/A	SURA	V	18/02/2025	SANITAS	COLPENSIONES	24/02/2025	N/A	N/A	APTO
9	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	TATIANA ANDREA VALDELEÓN MANRIQUE	1014240890	32	X	ENGATIVA	RESIDENTE SST	18/02/2025	N/A	SURA	V	18/02/2025	SANITAS	PORVENIR	27/01/2025	N/A	N/A	APTO
10	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	DANIEL FELIPE SANCHEZ MOLINA	1023928966	31	X	TUNJUELITO	TOPOGRÁFO	19/02/2025	N/A	SURA	V	19/02/2025	COMPENSAR	COLPENSIONES	18/02/2025	N/A	N/A	APTO
11	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	ISABEL CRISTINA AGUDELO	1193074894	22	X	ENGATIVA	INSPECTORA SST AMBIENTAL	11/03/2025	N/A	SURA	V	11/03/2025	SANITAS	PORVENIR	10/03/2025	N/A	N/A	APTO
12	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	DAVID SEBASTIAN MARTINEZ ARENAS	1022421350	28	X	KENNEDY	INSPECTOR DE OBRA	21/03/2025	N/A	SURA	V	27/02/2025	SANITAS	PROTECCIÓN	26/02/2025	N/A	N/A	APTO
13	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	REINALDO SALAS GONZALEZ	1240640	32	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	21/03/2025	N/A	SURA	V	21/03/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	20/03/2025	N/A	N/A	APTO
14	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	ALEXIS FERREIRA SALAS	1775189	41	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	21/03/2025	N/A	SURA	V	21/03/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	20/03/2025	N/A	N/A	APTO
15	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	GLORIA ESPERANZA CAMPOS	52026157	55	X	CIUDAD BOLIVAR	AUXILIAR SOCIAL	27/03/2025	N/A	SURA	V	17/03/2025	FAMISANAR	PROTECCIÓN	25/03/2025	N/A	N/A	APTO
16	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	RAFAEL GUTIERREZ	79122807	61	X	ENGATIVA	CONDUCTOR	27/03/2025	N/A	SURA	V	17/03/2025	COMPENSAR	COLPENSIONES	25/03/2025	N/A	N/A	APTO
17	PAVIOBRAS SAS	LABORAL	JOSE ALBERTO GUZMAN PERDOMO	93471010	51	X	TEUSAQUILLO	OPERADOR FRESADORA	31/03/2025	N/A	COLMENA	V	3/02/2025	FAMISANAR	PORVENIR	24/06/2024	N/A	N/A	APTO
18	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	EDWIN MALAMBO	123349149	27	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	1/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	3/03/2025	NUEVA EPS	PORVENIR	25/11/2024	N/A	N/A	APTO
19	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	NESTOR ALBERTO REYES	4228971	50	X	CIUDAD BOLIVAR	OFICIAL DE OBRA	1/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	3/03/2025	FAMISANAR	PORVENIR	26/03/2025	N/A	N/A	APTO
20	VG EQUIPOS Y MAQUINARIA SAS	LABORAL	JONATHAN ROZO MARTINEZ	1031137524	32	X	CIUDAD BOLIVAR	OPERADOR RETROEXCAVADORA	2/04/2025	N/A	SURA	V	2/04/2025	COMPENSAR	PROTECCIÓN	12/09/2024	N/A	N/A	APTO
21	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	GIOVANNI GUIZA	1024524592	33	X	CIUDAD BOLIVAR	OPERADOR DE MINICARGADOR	3/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	10/02/2025	NUEVA EPS	PORVENIR	25/02/2025	N/A	N/A	APTO
22	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	SANDRA LILIANA VACA	52971427	43	X	CIUDAD BOLIVAR	AUXILIAR TOPOGRAFIA	7/04/2025	N/A	SURA	V	4/04/2025	COMPENSAR	PORVENIR	1/04/2025	N/A	N/A	APTO
23	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	JHON FREDY HERNANDEZ	74189712	44	X	CIUDAD BOLIVAR	AUXILIAR TOPOGRAFIA	8/04/2025	N/A	SURA	V	4/04/2025	FAMISANAR	COLPENSIONES	1/04/2025	N/A	N/A	APTO
24	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	JULIAN FERNANDO TRUJILLO DURÁN	1010200330	33	X	CIUDAD BOLIVAR	INSPECTOR SST-AMB	9/04/2025	N/A	SURA	V	7/04/2025	SANITAS	PORVENIR	4/04/2025	N/A	N/A	APTO
25	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	MIGUEL ANGEL ROA PEÑA	1023923191	32	X	CIUDAD BOLIVAR	OFICIAL DE OBRA	9/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	8/04/2025	SURA	PORVENIR	5/04/2025	N/A	N/A	APTO
26	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	JONATHAN CASTAÑO PEDRAHITA	1012360118	35	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	10/04/2025	N/A	SURA	V	9/04/2025	SALUD TOTAL	COLFONDOS	8/04/2025	N/A	N/A	APTO
27	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	YDALIS DEIDRE TORREALBA	5900718	21	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	14/04/2025	N/A	SURA	V	9/04/2025	SURA	PORVENIR	4/04/2025	N/A	N/A	APTO
28	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	LENIS CALDERON BOCANEGRA	79955833	45	X	BOSA	AYUDANTE DE OBRA	23/04/2025	N/A	SURA	V	1/04/2025	SANITAS	PORVENIR	21/04/2025	N/A	N/A	APTO
29	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	JHON FREDY RAMIREZ	80254210	42	X	CIUDAD BOLIVAR	MAESTRO OBRA CIVIL	23/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	3/03/2025	COMPENSAR	PROTECCIÓN	23/11/2024	N/A	N/A	APTO
30	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	EULOGIO RAMIREZ	6004326	64	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	23/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	18/11/2024	FAMISANAR	COLFONDOS	13/11/2024	N/A	N/A	APTO
31	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	ANDRES GUSTAVO ROA	1023892019	35	X	CIUDAD BOLIVAR	OFICIAL DE OBRA	25/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	23/04/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	8/01/2025	N/A	N/A	APTO
32	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	JHON FREDY JIMENEZ	1074808680	20	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	25/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	4/04/2024	COMPENSAR	PORVENIR	23/04/2025	N/A	N/A	APTO
33	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	RUBEN DARIO PINILLA ROMERO	80006819	48	X	MARTIRES	AYUDANTE DE OBRA	28/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	12/02/2024	FAMISANAR	PROTECCIÓN	26/04/2025	N/A	N/A	APTO
34	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	JACKSON RODRIGUEZ RIVAS	18420022	48	X	MARTIRES	AYUDANTE DE OBRA	28/04/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	12/02/2024	FAMISANAR	PROTECCIÓN	26/04/2025	N/A	N/A	APTO
35	CONSORCIO TEUSAVIAL	LABORAL	WILMER PEROZO	993685	50	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	29/04/2025	N/A	SURA	V	22/04/2025	FAMISANAR	PORVENIR	21/04/2025	N/A	N/A	APTO
RETIRO																				
INGRESO - RETIRO																				
PERSONAL ROTATIVO																				
NUEVO																				
1	PRACTIVIMENDA SAS	LABORAL	YERSON SNEIDER BELTRAN TOVAR	1193127097	21	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	12/05/2025	N/A	SURA	V	12/05/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	16/09/2024	N/A	N/A	APTO
2	SERVICIO EFICACES AR SAS	LABORAL	DIEGO ARMANDO VARGAS PATIÑO	1033718626	34	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	12/05/2025	N/A	AXA COLPATRIA	V	12/05/2025	SALUD TOTAL	COLFONDOS	29/05/2025	N/A	N/A	APTO
3	PRACTIVIMENDA SAS	LABORAL	BRANDON ESTIVEN BELTRAN TOVAR	1033802296	26	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	13/05/2025	N/A	SURA	V	13/05/2025	SALUD TOTAL	COLFONDOS	18/09/2024	N/A	N/A	APTO
4	HENRY CASAS CARO	LABORAL	HENRY CASAS CARO	79609955	50	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	14/05/2025	N/A	SURA	V	14/05/2025	SANITAS	PORVENIR	23/13/2024	N/A	N/A	APTO
ANTIGUO																				
1	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	LABORAL	LEONEL VARELA	1033770317	30	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	1/04/2025	N/A	SURA	V	1/04/2025	FAMISANAR	COLFONDOS	17/12/2024	N/A	N/A	APTO
2	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	LABORAL	JAILER STIVEN MORALES SILVA	1106770636	19	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	1/04/2025	N/A	SURA	V	01/04/2025	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	27/12/2024	N/A	N/A	APTO
3	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	LABORAL	JOSE HUMBERTO POVEDA	80231144	44	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	1/04/2025	N/A	SURA	V	1/04/2025	FAMISANAR	COLFONDOS	28/12/2024	N/A	N/A	APTO
4	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	LABORAL	ANDRES DAVID SANCHEZ	1031134125	33	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	1/04/2025	N/A	SURA	V	1/04/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	21/02/2025	N/A	N/A	APTO
5	MIGUEL URREGO CONSTRUCTORES LTDA MURCO	LABORAL	FERNANDO ZIPA BAQUERO	79973270	45	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	7/04/2025	N/A	COLMENA	V	18/03/2025	SANITAS	COLFONDOS	17/03/2025	N/A	N/A	APTO
6	JOSE MAURICIO PEDRAZA	LABORAL	JOSE MAURICIO PEDRAZA	80750070	39	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	31/04/2025	N/A	POSITIVA	V	31/04/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	12/06/2025	N/A	N/A	APTO
7	MIGUEL URREGO CONSTRUCTORES LTDA MURCO	LABORAL	PEDRO IGNACIO BARRETO	79137895	53	X	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	30/04/2025	N/A	COLMENA	V	1/08/2025	FAMISANAR	COLPENSIONES	16/01/2025	N/A	N/A	APTO
RETIRO																				
INACTIVOS																				
1	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	WILMER JOSE PEROZO	993685	50	X	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	1/04/2025	16/04/2025	AXA COLPATRIA	V	13/01/2025	FAMISANAR	PORVENIR	8/01/2025	N/A	N/A	APTO
2	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	JOSE GUILLERMO GAMEZ	7330633	65	X	TEUSAQUILLO	AYUDANTE DE OBRA	1/04/2025	21/04/2025	AXA COLPATRIA	V	30/01/2025	FAMISANAR	COLPENSIONES	28/01/2025	N/A	N/A	APTO
	TOTAL																			

Firma

(Campo destinado para la firma ORIGINAL)

Nombre: TATIANA ANDREA VALDELEÓN MANRIQUE

Residente/Especialista SST Contratista Obra/Consultor/ interventor

LIC. SST No

(Indicar el número de la licencia SST) y (fecha de expedición de la licencia SST)

ANEXO 1.3 SOPORTES INGRESO PERSONAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1978

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUL-1996 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8838015-00272354-M-0079896322-20101221 0025280616A 1 33907848

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.896.322

CASTRO BARRAGAN

APELLIDOS

EDGAR ALFONSO

NOMBRES

Edgar Castro B.

FIRMA



MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.823.405				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	25/03/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 79.896.322	**EDAD**	46	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CASTRO BARRAGAN EDGAR ALFONSO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS		

EXÁMENES REALIZADOS

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

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

OBSERVACIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN VISUAL DURANTE ACTIVIDADES LABORALES - SE RECOMIENDA TRABAJO QUE NO IMPLIQUEN VISIÓN DE DETALLE- NO SE RECOMIENDA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN

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 - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

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

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.823.405				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	25/03/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 79.896.322	**EDAD**	46	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CASTRO BARRAGAN EDGAR ALFONSO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS		

Autorización de datos personales

Yo, CASTRO BARRAGAN EDGAR ALFONSO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 79.896.322, 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:

Edgar Castro B.

CC. 79.896.322

Profesional

Carmen Cecilia Cantillo B.
Médico Medicina del Trabajo
R.M. 3285 - C.C. 52447904
LSO 803/2015

DRA. CARMEN CECILIA CANTILLO BARRAZA LSST: 803/2015

SEÑOR:
EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN
CC: 79896322

REF: RECOMENDACIONES EMITIDAS POR CONCEPTO MEDICO

CORDIAL SALUDO

EL CONCEPTO MEDICO DE SU EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INFORMA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES- REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FISICA AEROBICA 150 MIN A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD – MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA – CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO – SE ACONSEJA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORIA EN HABITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA – USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN OPTICA- VALORACIÓN POR OPTOMETRIA - PAUSAS ACTIVAS.

POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS TRAMIRE UNA CITA CON SU EPS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,



_____
EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN

ARL | sura

Medellín, 25 de March 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 TEUSAVIAL.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79896322	CASTRO BARRAGAN EDGAR ALFONSO	26/03/2025		63242M20	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/03/2025 11:30:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.103.216, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	79896322
NOMBRES	EDGAR ALFONSO
APELLIDOS	CASTRO BARRAGAN
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
RETIRADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	14/08/2023	17/03/2025	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/25/2025 11:13:49	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**,

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.896.322**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogota 02.04.2025

Señores,
CONSORCIO TEUSAVIAL - NI 901902101
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 2 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2025-04-02 con numero de radicado 6567155 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 8567155

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CONSORCIO TEUSAVIAL
Nit. 901.902.101- 5-

Bogotá D.C., 01 de abril de 2025.

Señores
EPS Sanitas
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados Señores EPS Sanitas,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como NIT: 901.902.101-5 - – Consorcio Teusavial, para las personas que se detallan a continuación:

1. **EDGAR ALFONSO CASTRO BARRAGAN**. Cedula 79.896.322 Fecha de Ingreso: 26 de marzo de 2025. Salario mensual: $1.423.500--Dirección Vivienda: carrera 5B 48L 27 sur casa 1 Barrio: Molinos - Usme. Celular. 3249281872 correo: blattnetpaty@gmail.com Cargo: Ayudante de obra.

   *** Favor, se solicita la afiliación del Beneficiario (esposa) Blattnet patricia Chiguasuque Marquez cedula 39.799.213 Usme. Celular de contacto 3228279042. carrera 5B 48L 27 sur casa 1 Barrio: Molinos - Usme. correo: blattnetpaty@gmail.com.

2. **LENIS CALDERON BOCANEGRA**. Cedula 79.955.833. Fecha de Ingreso: 01 de abril de 2025. Salario mensual: $1.423.500--Dirección Vivienda:Calle 71 C 97C 50 Sur. Barrio: Recreo -Bosa. Celular. 3158395634 correo: leniscalderon19@gmail.com Cargo: ayudante de obra.

Muchas Gracias.

Cordialmente

Diana Coral y/o Martha Coral.
Coordinadora T. H.
Consorcio Teusavial
Tel. (601) 6559899

NUMERO DE RADICADO : 6567155

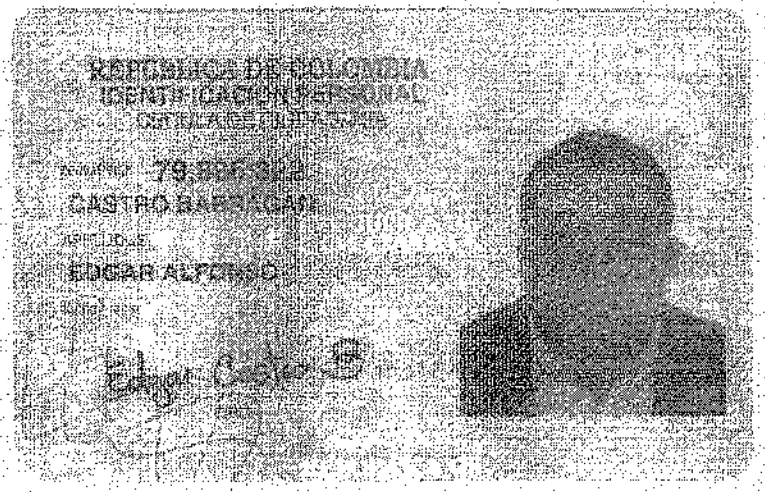
EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo



FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-JUL-1996 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

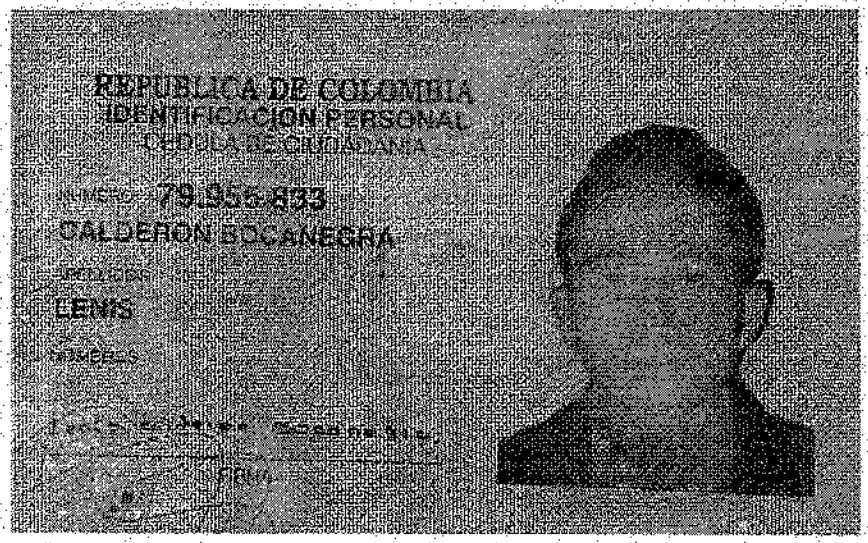
A-1800015-00272454-M-0079893522-20101221 0025290316A 1 93907846

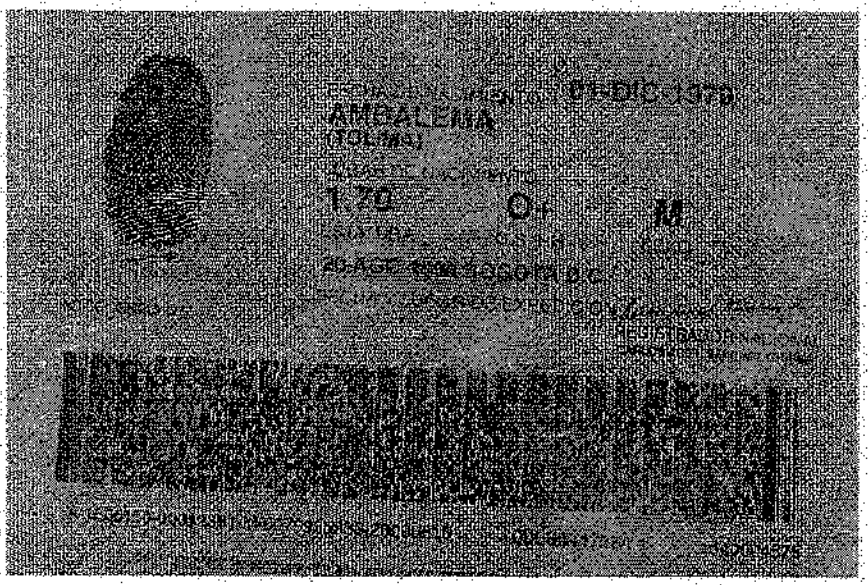


NUMERO DE RADICADO : 6567155

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo





Bradly Sanabria

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

CONSORCIO TEUSAVIAL

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL TEUSAQUILLO
CONTRATISTA	CONSORCIO TEUSAVIAL

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: Bogota 30/04/2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelean N

EMPRESA: Consorcio Teusavial

TEMA: Induccion

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
EDGAR CASTRO	79'896322.	AYUDANTE OBRA	CONSORCIO TEUSAVIAL	EdgarCastroB.

(Firma)

(Nombre)

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

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.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
Edgar Castro	79896322	Ayudante obra	Sura	Sanitas	Porvenir	EdgarCastro

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Edgar Castro B.

Nombre: EDGAR CASTRO B.

Cédula: 79'896.322 BTA.

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

CONSORCIO TEUSAVIAL

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	30/04/25
CARGO	Ayudante de obra	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgías, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgías, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante obra.

NOTIFICADO:

NOMBRE: EDGAR ALFONSO CASTRO B. FIRMA: EdgarCastroB.

C.C.: 79896322 BTA.

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Edgar Castro, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79896322 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Scanned with CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Edgar Castro B.

Fecha de Notificación: 30/04/25

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Edgar Castro CARGO: Ayudante dora

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 30/04/25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Scanned with CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Edgar Castro me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma EdgarCastroB

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Edgar Castro
CARGO: Ayudante obra
C.C.: 79896322

TALLAS

OVEROL [✓] CHAQUETA [ ] BOTAS [✓]

PROTECION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lafayet	Aux Aseo	Aux Trafico	Aux profesional
30	09	2025	Edgar Castro B.		✓	✓	✓	✓					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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 ningun tipo de uso previo.

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 7094719

CHIRINOS GRIMAN

APELLIDOS

HUMBERTO DAVID

NOMBRES

VEN M

NACIONALIDAD SEXO

17135868

No. DE IDENTIDAD

28-05-1985

FECHA DE NACIMIENTO

14-06-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



E1067433

INDICE DERECHO

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

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7094719<<1<<<<<<<<<<<<<<<
8505280M3105308VENE1067433<<<2
CHIRINOS<GRIMAN<<HUMBERTO<DAVI

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.845.461				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	21/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	PPT. 7.094.719	**EDAD**	39	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CHIRINOS GRIMAN HUMBERTO DAVID				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA OFICIOS VARIOS		

EXÁMENES REALIZADOS

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

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

OBSERVACIONES

REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.

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 - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA - RIESGO CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - 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 - 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

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, NO USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, PAUSAS AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO ALTERNO DE OIDO EN LLAMADAS POR CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN ESPOSICIÓN A RUIDO EN JORNADA LABORAL

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.845.461				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	21/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	PPT. 7.094.719	**EDAD**	39	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CHIRINOS GRIMAN HUMBERTO DAVID				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA OFICIOS VARIOS		

Autorización de datos personales

Yo, CHIRINOS GRIMAN HUMBERTO DAVID, identificado(a) con el documento de identidad PPT No. 7.094.719, 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. 7.094.719

Profesional

RITA E. FLOREZ C.
Med. Esp. Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
Lic. 4663 29 de Abril 2019
CC. 26257969

DRA. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO - LSO 4663 DEL 29/04/2019

SEÑOR(A):
CHIRINOS GRIMAN HUMBERTO DAVID
PPT.: 7094719

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

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 21 DE ABRIL 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 - 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

· CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, NO USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, PAUSAS AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO ALTERNO DE OIDO EN LLAMADAS POR CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN ESPOSICIÓN A RUIDO EN JORNADA LABORAL

· REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

· REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA 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,

CHIRINOS GRIMAN HUMBERTO DAVID
PPT.: 7094719

ARL | sura

Medellín, 21 de April 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 TEUSAVIAL.

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 DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
X7094719	CHIRINOS GRIMAN HUMBERTO DAVID	23/04/2025		146X16t2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 13:54:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.41.68, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014612730	2|5|0|4|2|0|2|5

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CHIRINOS (Primer apellido)	GRIMAN (Segundo apellido)	HUMBERTO (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
PT	7094719	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	País: Venezuela	Departamento:	Municipio:	2|8|0|5|1|9|8|5
Venezuela				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 97 A SUR 1 A 44 ESTE		3223837773	HUMBERTODAVIDCHIRINOS@HOTMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de Identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País:	Departamento:	Municipio:	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TEUSAVIAL	NIT	901902101	01

59.Ubicación				
AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección)	6559899 (Teléfono fijo o celular)	RH.TEUSAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	7094719
NOMBRES	HUMBERTO DAVID
APELLIDOS	CHIRINOS GRIMAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA
MUNICIPIO	MAICAO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	20/07/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/16/2025 14:41:53	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

HUMBERTO DAVID CHIRINOS GRIMAN , identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.094.719**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA 08/05/2025

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: 08/05/2025 Punto PAC

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Tatiana Valderrama

EMPRESA: TeusAvial

TEMA: Induccion

HORA DE INICIO: 7:00 HORA DE TERMINACIÓN: 7:30

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Humberto Chivinos	7.094.719	Ayudante	TeusAvial	Humberto

Profesional SG-SST

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Humberto Chirinos, identificado con cédula de ciudadanía N°: 7094719 de venezolo. que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante de obra en esta empresa, podria estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Scanned with CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Humberto

Fecha de Notificación: 08/05/2025

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Humberto Chirinos

Cédula: 7.094.719

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Humberto David Chirivo Grimon CARGO: Ayudante obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 08/05/2025

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí	X		
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Scanned with CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Humberto David Chirinos Grimán me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Humberto

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Humberto DAVid chirinos Gyiman
CARGO: AYUDANTE
C.C.: 70947719

TALLAS | OVEROL [X] | CHAQUETA [ ] | BOTAS [X]

PROTECCIÓN PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO		CABEZA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Liviana	Fluorescente	Alta Visibilidad	Para Lluvia
05	05	25	Humberto	X	X			X	X			X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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 doy constancia que son elementos en ningún tipo de uso previo

Scanned with CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.033.698.531

Apellidos
RAMIREZ SANCHEZ

Nombres
JHOAN SEBASTIAN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	M

Fecha de nacimiento	G.S.
14 JUL 2006	A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
15 JUL 2024, BOGOTA D.C

Firma
JHOAN

Fecha de expiración
15 JUL 2034

CO

050495416

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL050495416215001<<<<<<<<<<<
0607144M3407150COL1033698531<2
RAMIREZ<SANCHEZ<<JHOAN<SEBASTI

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.847.911				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	23/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	NUEVA VALORACIÓN		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.033.698.531	**EDAD**	18	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	RAMIREZ SANCHEZ JHON SEBASTIAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS		

EXÁMENES REALIZADOS

OPTOMETRIA

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

EXÁMENES REALIZADOS EN CONSULTA ANTERIOR

FECHA	EXÁMENES REALIZADOS
2025-04-16	AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

OBSERVACIONES

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE GAFAS CORRECTIVAS DURANTE SU ACTIVIDAD LABORAL

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE RECOMIENDA USO DE MEDIAS BAJA COMPRESION EN PIERNAS - 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 - SE RECOMIENDA REALIZAR CONTROLES MÉDICOS PREVENTIVOS PERIÓDICOS EN EPS

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Version: 3.5

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL



ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.847.911				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	23/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	NUEVA VALORACIÓN		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.033.698.531	**EDAD**	18	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	RAMIREZ SANCHEZ JHON SEBASTIAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS		

Autorización de datos personales

Yo, RAMIREZ SANCHEZ JHON SEBASTIAN, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.033.698.531, 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. 1.033.698.531

Profesional

Dra. Ma. Patricia Cabarcas L.
Medico Esp. Salud Ocupacional
RM 4746 - LSO 3137 / 2023
Universidad El Bosque

DRA MARIA PATRICIA CABARCAS LAFAURIE LSO 3137 27-05-2023

SEÑOR(A):
RAMIREZ SANCHEZ JHON SEBASTIAN
CC.: 1033698531

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

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 23 DE ABRIL DE 2025 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

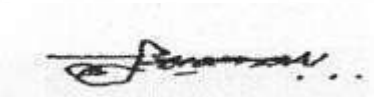
· SE RECOMIENDA USO DE MEDIAS BAJA COMPRESION EN PIERNAS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - SE RECOMIENDA REALIZAR CONTROLES MÉDICOS PREVENTIVOS PERIÓDICOS EN EPS

· CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

· SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE GAFAS CORRECTIVAS DURANTE SU ACTIVIDAD LABORAL

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,



RAMIREZ SANCHEZ JHON SEBASTIAN
CC.: 1033698531

ARL | sura

Medellín, 23 de April 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 TEUSAVIAL.

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 DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1033698531	RAMIREZ SANCHEZ JHOAN SEBASTIAN	24/04/2025		171w3713	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/04/2025 12:26:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.41.68, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1033698531
NOMBRES	JHOAN SEBASTIAN
APELLIDOS	RAMIREZ SANCHEZ
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	01/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/23/2025 13:39:31	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

compensar | salud eps

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

29 ABR 2025

Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 29-04-25

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	SI [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	01
B. Reporte de Novedades [X]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Ramirez	Segundo Apellido: Sanchez	Primer Nombre: Thoan	Segundo Nombre: Sebastian

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1033698531	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	14/07/2006

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			
Colombiana	País: Colombia	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Bogotá	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI [ ] No [ ]	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
SI [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:		Sura ARL

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Porvenir	1423500		Kra 19 Bis 70 B Sur 54

Teléfono	Correo electrónico	
3169758289	SebastianSanchez4160@gmail.com	Cundinamarca

Bogotá	Usme	Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			
	País	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia					Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso / Resto Rural		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOHAN SEBASTIAN RAMIREZ SANCHEZ , identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.698.531**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: Bogota DC 05/05/2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Tatiana Valderleon

EMPRESA: Teusavial

TEMA: induccion

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 AM

TIPO

INDUCCIÓN [X]

CHARLA INFORMATIVA [ ]

CAPACITACIÓN [ ]

ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Jhoan	1033698531	Boal	Teusavial	
Sebastian				
ramirez				
sanchez				

Tatiana Valderleon

Profesional SG-SST

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Thoan Sebastian ramirez s.

Cédula: 1022698511

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Jhon sebastian ramirez sanchez, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1033698521 de Bogota que con motivo del desempeño de sus labores como Boal en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para èste fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Scanned with CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 05 / 05 / 2025

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Jhoan Sebastian ramirez sanchez CARGO: Boal

INDUCCIÓN: + RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 05 /05 /2025

APROBÓ + NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		+
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		+
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		+

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	+		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			+
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí	+		
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			+

Scanned with CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	+		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			+
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		+	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Jhoan sebastian ramirez sanchez me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Jhon Sebastian ramirez sanchez
CARGO: Seal
C.C.: 1033698534

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ] BOTAS [ ]

PROTECCION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD Y CALZADO		CAMISA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Labor	Aux Aseo	Aux Trafico	Aux profesional
05	05	2025		+	+			+	+			+	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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 deja constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.843.305**

DE LIMA CONTRERA

APELLIDOS

OSCAR ENRIQUE

NOMBRES

Oscar de Lima.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1981**

EL MOLINO
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-OCT-2010 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800100-00269042-M-1118843305-20101203 **0025**104444A 1 35784865

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.823.914				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	25/03/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.118.843.305	**EDAD**	43	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	DE LIMA CONTRERA OSCAR ENRIQUE				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA OFICIOS VARIOS		

EXÁMENES REALIZADOS

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

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE RECOMIENDA USO DE MEDIAS BAJA COMPRESION EN PIERNAS - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - 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 - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DETERMINADO POR LA EMPRESA / POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, USO MODERADO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, PAUSAS AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO ALTERNO DE OIDO EN LLAMADAS POR CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA CERCA – LECTURA PROLONGADA - CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.823.914				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	25/03/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.118.843.305	**EDAD**	43	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	DE LIMA CONTRERA OSCAR ENRIQUE				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA OFICIOS VARIOS		

Autorización de datos personales

Yo, DE LIMA CONTRERA OSCAR ENRIQUE, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.118.843.305, 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. 1.118.843.305

Profesional

DRA MARIA PATRICIA CABARCAS LAFAURIE LSO 3137 27-05-2023

SEÑOR:
OSCAR ENRIQUE CONTRERA DE LIMA
CC: 1118843305

REF: RECOMENDACIONES EMITIDAS POR CONCEPTO MEDICO

CORDIAL SALUDO

EL CONCEPTO MEDICO DE SU EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INFORMA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES- REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FISICA AEROBICA 150 MIN A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD – MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA – CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO – SE ACONSEJA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORIA EN HABITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA – USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN OPTICA- VALORACIÓN POR OPTOMETRIA - PAUSAS ACTIVAS.

POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS TRAMIRE UNA CITA CON SU EPS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,



_____
OSCAR ENRIQUE CONTRERA DE LIMA

ARL | sura

Medellín, 25 de March 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 CONSERVACION VIAL.

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 %	
C1118843305	DE LIMA CONTRERA OSCAR ENRIQUE	26/03/2025		16912695	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/03/2025 15:27:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.103.216, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1118843305
NOMBRES	OSCAR ENRIQUE
APELLIDOS	DE LIMA CONTRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

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	01/01/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/25/2025 13:56:52	**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".

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OSCAR ENRIQUE DE LIMA CONTRERA identificado(a) con C.C No. 1.118.843.305, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de marzo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014503118	0|2|0|4|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
DE LIMA (Primer apellido)	CONTRERA (Segundo apellido)	OSCAR (Primer nombre)	ENRIQUE (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1118843305	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: LA GUAJIRA	Municipio: EL MOLINO		0|7|0|8|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
TV 12 7 B 18 SUR BRR DUCALES		3044523234	DELIMACONTRERAO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de Identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TEUSAVIAL	NIT	901902101	01

59.Ubicación				
AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección)	6559899 (Teléfono fijo o celular)	RH.TEUSAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

CONSORCIO TEUSAVIAL	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO BOGOTÁ

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL TEUSAQUILLO
CONTRATISTA	CONSORCIO TEUSAVIAL

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: Bogotá' 30/04/25

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelcar M

EMPRESA: Consorcio Teusaval

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00au HORA DE TERMINACIÓN: 8:00au

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Oscar de Lima	1118843305	Ayudante	Consorcio Teusa Vial	

(Firma)

(Nombre)

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

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.

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

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• 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 instalaciones

• 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.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
Oscar de Jesus Cartagena	1118843305	Ayudante obra	Sura	Salud Total	Colfondos	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Oscar de Lima

Cédula: 1118843305

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	30/04/25
CARGO	Ayudante obra	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante obra.

NOTIFICADO:

NOMBRE: Oscar Enrique de Lima Contrera. FIRMA:

C.C.: 1118843305.

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Oscar Enrique de Jesus Cartrera, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1118843305 de El Molino que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante obrero en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar liquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Scanned with CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 30/09/25

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Oscar de Jma Cantrera CARGO: Ayudante dora

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 30/09/20

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		A

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mi		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Scanned with CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores fisicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Oscar de Ima Cantrera me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TRUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TRUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Oscar de Jesus Cantera
CARGO: Ayudante obra
C.C.: 1118643305

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCION MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA		Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	TAPADOS		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Gases	Particulado				Insercion	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
30	09	25		✓							✓		✓			✓		

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y salud en el trabajo, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de proteccion recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitacion sobre como usar los elementos de proteccion personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningun tipo de uso previo.

Scanned with CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **1.105.464.056**

Apellidos
ALZATE ROMERO

Nombres
KEVIN ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 AGO 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
03 SEPT 2024, SOACHA

Firma
kevin andres alzte

Fecha de expiración
04 SEPT 2034

.CO

054415241

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL054415241215247<<<<<<<<<<<
0608174M3409040COL1105464056<9
ALZATE<ROMERO<<KEVIN<ANDRES<<<

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.844.607				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	16/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.105.464.056	**EDAD**	18	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALZATE ROMERO KEVIN ANDRES				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA OFICIOS VARIOS		

EXÁMENES REALIZADOS

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

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

OBSERVACIONES

- EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA, NO USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS, VOLUMEN MODERADO DE TELEVISOR, MÚSICA Y TELÉFONO NO USO DE HISOPOS DENTRO DEL CONDUCTO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

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

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO TEUSAVIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.844.607				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	16/04/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.105.464.056	**EDAD**	18	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALZATE ROMERO KEVIN ANDRES				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA OFICIOS VARIOS		

Autorización de datos personales

Yo, ALZATE ROMERO KEVIN ANDRES, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.105.464.056, 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:

Kevin anders

CC. 1.105.464.056

Profesional

Luz Stella Ramírez Alvarado
Medico Cirujano
Esp. en Salud Ocupacional
Resolución No 4911 de 15/10/2020

DRA. LUZ STELLA RAMIREZ ALVARADO LIC 4911 15/10/2020

SEÑOR(A):
ALZATE ROMERO KEVIN ANDRES
CC.: 1105464056

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

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 16 DE ABRIL 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

· CONTROL EN UN AÑO - CONTROL POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO POST JORNADA, NO USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS, VOLUMEN MODERADO DE TELEVISOR, MÚSICA Y TELÉFONO NO USO DE HISOPOS DENTRO DEL CONDUCTO

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

· EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)

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,

kevin andres alzate Romero 1105 464 056

ALZATE ROMERO KEVIN ANDRES
CC.: 1105464056

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014612605	2|5|0|4|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ALZATE (Primer apellido)	ROMERO (Segundo apellido)	KEVIN (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1105464056	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: IBAGUE		1|7|0|8|2|0|0|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 9 A 43 41		3248419114	KEVINANDRESALZATEROMERO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TEUSAVIAL	NIT	901902101	01

59.Ubicación				
AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección)	6559899 (Teléfono fijo o celular)	RH.TEUSAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

ARL | sura

Medellín, 21 de April 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 TEUSAVIAL.

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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1105464056	ALZATE ROMERO KEVIN ANDRES	22/04/2025		64pJ167Z	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 09:55:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.41.68, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

KEVIN ANDRES ALZATE ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.105.464.056**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

REGISTRO DE INDUCCIÓN CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERVEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: 08/05/25

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Tatiana Valdelegn

EMPRESA: Consorcio Teusavial

TEMA: inducion

HORA DE INICIO: 7:00 HORA DE TERMINACIÓN: 7:40

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Kevin andres ardz Te Romero	1011054640	ayudante de obra	Teusavial	Kevin andres

Profesional SG-SST

Teusaquillo
Bogotá
estambvial@gmail.com

Scanned with CamScanner

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Kevin Abaate CARGO: Ayudante de obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 08/05/2025

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí	X		
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Scanned with CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Kevin Alzate me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Kevin Alzate

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Kevin andres

Nombre: Kevin Alzate

Cédula: 1105464056

Scanned with CamScanner

BOGOTÁ

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

CONSORCIO TEUSAQUILLO VIAL

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

	ADMINISTRATIVO	FECHA	08/05/25
CARGO	Ayudante de obra	AREA	ADMINISTRATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afeccionesal sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y apliación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS). y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caídas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas.Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgias, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de transito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de transito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante de obra

NOTIFICADO:

NOMBRE: Kevin Alzate FIRMA: Kevin andres

C.C.: 1105464056

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Scanned with CamScanner

CONSTRUCTORA TERRAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA MAYOR DE TRUJILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Kevin Alzate
CARGO: Ayudante de obra
C.C: 1105464056

TALLAS | OVEROL [X] | CHAQUETA [ ] | BOTAS [X]

PROTECCIÓN PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD (CALZADO)		CAMISA	PANTALÓN	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DÍA	MES	AÑO		Cómodo	Cuero				Impermeable	Lateral	Alta Visib	Alta Tráfico	Alta protectora
08	05	25	Kevin anjeles	X	X			X	X			X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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 doy constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

Scanned with CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 79.878.620

Apellidos
VARGAS ROA

Nombres
JOSE MIGUEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
16 OCT 1978

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 NOV 1996, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
08 ABR 2034

Firma

José Miguel Vargas Roa

Powered by CamScanner

.CO

0437878827

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0437878274150O1<<<<<<<<<<<
7810163M3404089COL7987862O<<<4
VARGAS<ROA<<JOSE<MIGUEL<<<<<<<

Powered by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112482

FECHA : 23/04/2025 HORA:8:43			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JOSE MIGUEL VARGAS ROA			DOCUMENTO: 79878620	EDAD: 46 GENERO: M	
Empresa: EP INGENIEROS CIVILES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3117783209 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	Si		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

O.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EP INGENIEROS CIVILES SAS
NIT 900880052

Bogotá, 23 de Abril de 2025

Señor: José Miguel Vargas Roa

Cordial Saludo,

La presente es con el fin de notificarle que en su examen médico ocupacional de ingreso debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Higiene Postural
- Realizar Pausas Activas
- Ergonomía del puesto de trabajo
- Uso de elementos de protección personal
- Estilos de vida saludables
- Control médico ocupacional anual

Para EP INGENIEROS CIVILES SAS es muy importante la salud de sus colaboradores, por lo tanto, solicitamos que se remita a su EPS y solicite cita para su valoración por medicina general.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

EP INGENIEROS CIVILES SAS

Jose Miguel

Recibió: José Miguel Vargas

Scanned with CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900880052
Número Afiliación:	269420
Razón social:	EP INGENIEROS CIVILES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79878620
Nombre:	JOSE MIGUEL VARGAS ROA
Fecha Ingreso:	25/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	001
Centro de trabajo:	01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	24/04/2025 08:44:15 p. m.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/04/2025, el empleador EP INGENIEROS CIVILES SAS identificado con NIT número 900880052 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8690944	24/04/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79878620	JOSEMIGUEL VARGAS ROA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-04-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Abril del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE MIGUEL VARGAS ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.878.620**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA 25/04/25

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: 25/04/25 PAC

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Tatiana Valdeleon

EMPRESA: Teusaval

TEMA: Induccion

HORA DE INICIO: 7:00 HORA DE TERMINACIÓN: 7:30

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Jose Miguel Vargas Roa	79878620	Ayudante de obra	EP Ingenieros	Jose Miguel

Tatiana VL

(Nombre)

Profesional SG-SST

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Jose Miguel Vargas Roa
CARGO: Ayudante de obra
C.C.: 79878620

TALLAS | OVEROL [X] | CHAQUETA [ ] | BOTAS [X]

PROTECCIÓN PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lafalet	Aux Aseo	Aux Trafico	Aux profesional
28	04	25	Josi Miguel	X	X			X	X				

Dando cumplimento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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.

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	TRANSMILENIO TRANSMILENIO BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Miguel Vargas CARGO: Ayudante de obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 25/04/25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí	X		
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Powered by CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		X
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Miguel Vargas me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Jose Miguel Vargas Roa

Powered by CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Josc migul Vargas Roa

Nombre: Miguel Vargas

Cédula: 79878620

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

CONSORCIO TEUSAVIAL

NOTIFICACION DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

TO	ADMINISTRATIVO	FECHA	25/04/25
CARGO	Ayudante de obra	AREA	ADMINISTRATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afeccionesal sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y apliación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caídas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas.Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgías, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de transito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de transito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante de obra

NOTIFICADO:

NOMBRE: Miguel Vargas FIRMA: Josi Miguel Vargas Roa

C.C.: 79878620

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Jose Miguel Vargas Roa, identificado con cédula de ciudadanía N°: 79878670 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante de obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Powered by CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Jose miguel vargas Roa

Fecha de Notificación: 25/04/25

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.073.676.976



Apellidos
GARZON MARTINEZ

Nombres
OSCAR JAVIER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
M

Fecha de nacimiento
20 JUN 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SOACHA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 JUN 2024, SOACHA

Firma

Fecha de expiración
30 OCT 2034

.00

0580770001

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0580770012152 47<<<<<<<<<<
0606206M3410303COL1073676976<7
GARZON<MARTINEZ<<OSCAR<JAVIER<

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 106556

FECHA : 2/11/2024 HORA:10:20		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ		DOCUMENTO: 1073676976	EDAD: 18 GENERO: M
Empresa: EP INGENIEROS CIVILES SAS		Cargo: AYUDANTE	Tel: 3013896515 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	Si		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	Si	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA		**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**		NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Aplazado**	Si	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo		NA	**No Apto Para Este Cargo**		NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel		NA			
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA		**Examen de EGRESO Satisfactorio**		NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No.

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas vigiladas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

SEÑOR:
OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ
CC: 1073676976

REF: RECOMENDACIONES EMITIDAS POR CONCEPTO MEDICO

CORDIAL SALUDO

EL CONCEPTO MEDICO DE SU EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INFORMA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

HIGIENE POSTURAL - CONTROL MEDICO DE RUTINA CON LA EPS – CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS– USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR CONTROL.

POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS TRAMIRE UNA CITA CON SU EPS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,



_____
OSCAR JAVIER GARZÓN M

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900880052
Número Afiliación:	269420
Razón social:	EP INGENIEROS CIVILES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1073676976
Nombre:	OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ
Fecha Ingreso:	14/11/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	001
Centro de trabajo:	01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	13/11/2024 11:22:38 a. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013619958	1|3|1|1|2|0|2|4

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

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

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐

A. Individual:
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GARZON Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	OSCAR Primer nombre	JAVIER Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1073676976	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|6|2|0|0|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CR 26 B ESTE 56 21 **Dirección**	**Telefono fijo**	3013896515 **Telefono celular**	OGARZON423@GMAIL.COM **Correo electronico**

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición	
				T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona				Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EP INGENIEROS CIVILES SAS	NIT	900880052	01

39.Ubicación

CR 7 F 146 47 3153483813 3125716786 Dirección	7621106 Teleéfono	SSTEPINGENIEROS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4013619958

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|4|1|1|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Oscar Garzon	

IX. ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

OSCAR JAVIER GARZON MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.676.976**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO · BOGOTÁ

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA _____

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: 13/05

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Tatiana Valdeleón

EMPRESA: CONSORCIO TEUSAVIAL

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 HORA DE TERMINACIÓN: 7:30

TIPO

INDUCCIÓN	[X]	CAPACITACIÓN	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
		OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
oscar barón	1073676996	Ayudante	E.P Ingeniero	

Profesional SG-SST

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO · BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: oscar javier Garzon
CARGO: Auxiliar
C.C.: 1073621976

TALLAS — OVEROL [X] — CHAQUETA [ ] — Bbotas [X]

PROTECION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lafalet	Aux Aseo	Aux Trafico	Aux profesional
13	05	25		X				X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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.

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: oscar javier borda CARGO: auxiliar

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 13/05

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Powered by CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Oscar Javier Barrera me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO / BOGOTÁ	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	CONSORCIO TEUSAVIAL

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

	ADMINISTRATIVO	FECHA	13/05
	Ayudante	AREA	ADMINISTRATIVA

TOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afeccionesal sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y apliación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caídas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas.Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
rgonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgías, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
ráfico	Colisiones , Accidentes de transito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de transito. Curso de manejo defensivo. Respetar los límites de velocidad.
ad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
social	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
dio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
les	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

zco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante.

Oscar Javier Garzón
2073676976

FIRMA:

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Powered by CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

ecibí

rma: _____

mbre: oscar barón

dula: 1073676976

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): oscar javier garzon, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1073676976 de soacha que con motivo del desempeño de sus labores como Axudante en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de ajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Powered by CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 13/05/25

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.052.960
RIVERA CASTRO

APELLIDOS
LUIS ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



Tel. 311 5070926.
323 6811316.



FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1961
CERINZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

12-ENE-1981 BELEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00030662-M-0004052960-20080725 0001449691A 1 1240000773

Carrera 73H Bis. N. 76 88 Sur

Epes. Famisanar.

PCN. colpensiones

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113395

FECHA : 24/05/2025 HORA:7:39			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO			DOCUMENTO: 4052960	EDAD: 63 GENERO: M	
Empresa: EP INGENIEROS CIVILES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3224091014 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACION: 1. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITI VA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES .

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	Si	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	Si	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	SI	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

SEÑOR:
LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO
CC: 4.052.960

REF: RECOMENDACIONES EMITIDAS POR CONCEPTO MEDICO

CORDIAL SALUDO

EL CONCEPTO MEDICO DE SU EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INFORMA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

HIGIENE POSTURAL - CONTROL MEDICO DE RUTINA CON LA EPS – CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS– USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR CONTROL.

POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS TRAMIRE UNA CITA CON SU EPS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,



LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900880052
Número Afiliación:	269420
Razón social:	EP INGENIEROS CIVILES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	4052960
Nombre:	LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO
Fecha Ingreso:	27/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	001
Centro de trabajo:	01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	26/05/2025 04:46:39 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012068370
9012068370

No. de Radicación: 29345641

Fecha de Radicación: 29 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: RIVERA	Segundo Apellido: CASTRO	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	4052960	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 18 M M 10 A A A A 1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
EP INGENIEROS CIVILES SAS	NT	900880052	

39. Ubicación				
CR 7F 146 47	31252220		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	27 05 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERADOR DE PLANTA AUXILIAR

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

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	4052960
NOMBRES	LUIS ALBERTO
APELLIDOS	RIVERA CASTRO
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 FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/01/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/22/2025 16:30:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ALBERTO RIVERA CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4052960,** se encuentra afiliado/a desde **23/12/1996** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de mayo de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA _____

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: 27/05/25

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Tatiana Valdeleón

EMPRESA: Teusavial

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 HORA DE TERMINACIÓN: 7:30

TIPO

INDUCCIÓN	☒	CAPACITACIÓN	☐
CHARLA INFORMATIVA	☐	ENTRENAMIENTO	☐
		OTRO	☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Luis Rivera	1052960	Ayudante	E D	

Firma (Nombre)

Profesional SG-SST

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Luis Rivera
CARGO: Auxiliante
C.C.: 4052960

TALLAS | OVEROL: X | CHAQUETA: | BOTAS: X

PROTECION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lalalet	Aux Aseo	Aux Tráfico	Aux profesional
27	05	25	Luis Rivera	X	X			X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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.

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Luis Rivera CARGO: Ayudante

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 27/05/25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Powered by CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Luis Alberto Rivera Cuesta me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Powered by CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Luis Alberto Rivera

Cédula: 4007960

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

CONSORCIO TEUSAVIAL

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	ADMINISTRATIVO	FECHA	27/05/25
CARGO	Ayudante	AREA	ADMINISTRATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afeccionesal sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y apliación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caidas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas.Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgías, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de transito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de transito. Curso de manejo defensivo. Respetar los limites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante

NOTIFICADO:

NOMBRE: Luis Rivera

C.C.: 4052960

FIRMA:

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Luis Rivera, identificado con cédula de ciudadanía N°: 4052960 de Boyaca que con motivo del desempeño de sus labores como Auxiliar en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De Igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Powered by CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 27/05/25

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA _____

OBJETO DE LA EMPRESA

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: 23/05/2025

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julia Trujillo

EMPRESA: Teusavial

TEMA: Induccion

HORA DE INICIO: 7:000 HORA DE TERMINACIÓN: 7:15 a

TIPO

INDUCCIÓN [x] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Ronal Salcedo	5300663	Ayudante	E.P.I	

(Firma)
(Nombre)
Profesional SG-SST

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Ronal Salcedo
CARGO: Ayudante
C.C.: 5300663

TALLAS OVEROL X CHAQUETA BOTAS

PROTECIÓN PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PATALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lafalet	Aux Aseo	Aux Trafico	Aux profesional
23	05	25	Ronal Salcedo	✓	✓			X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, 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.

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO · BOGOTÁ

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Ronal Salcedo CARGO: Ayudante

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: X FECHA REALIZACIÓN: 23/05/2025

APROBÓ ___ NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X

Powered by CamScanner

CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Ronal Enrique Salcedo Esquerra me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Powered by CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Ronal Salcedo

Cédula: 5300663

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

CONSORCIO TEUSAVIAL

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

[illegible]	ADMINISTRATIVO	FECHA	23/05/2025
CARGO	Ayudante	AREA	ADMINISTRATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Los trabajos requieren del uso de videoterminales	Fatiga visual, perdida progresiva de la capacidad visual, agotamiento, estrés.	Guantes, tapabocas.	Pausas activas.
	Deficiente iluminación	Disminución de agudeza visual, dolor de cabeza.		Cambio de luminarias cuando estas hayan salido de servicio.
Químico	Manipulación de sustancias químicas. Aseo oficinas	Intoxicaciones , lesiones en la piel, afeccionesal sistema respiratorio y digestivo.		Conocimiento y apliación de las recomendaciones de seguridad de las hojas de seguridad (MSDS), y capacitación acerca del riesgo químico.
Mecánico	Caídas al mismo y a diferente nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Conocer y aplicar las normas de seguridad. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia
	Manipulación de equipos de oficina.	Politraumas, heridas, atrapamientos, hernias lumbares, golpes, irritaciones y raspaduras.		Conocer y aplicar las normas de seguridad. Autocuidado.
Biológico	Exposición a virus en el ambiente	Enfermedades infectocontagiosas.		Uso de mascarilla para la persona afectada.
	Exposición a bacterias, hongos y virus	Dermatitis, enfermedades virales.		Uso de guantes de caucho, protector respiratorio, vestido adecuado.
Eléctrico	Conexiones eléctricas	Choque eléctrico, electrocución.		Acatamiento de la señalización de riesgos. No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas.Orden y aseo del sitio de trabajo; aseguramiento de cableado de equipos con pegante ó cinta.
Locativo	Superficies de trabajo	Caída, golpes, traumas		Señalizar las áreas que representen riesgo. Mantener pisos secos.
	Falta de orden y aseo	Golpes, heridas, laceraciones, quemaduras, caídas		Mantener el sitio de trabajo ordenado y aseado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado. Movimientos repetitivos de miembros superiores	Lumbalgías, retracciones musculares. Síndrome del túnel del carpo.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
Tráfico	Colisiones , Accidentes de transito	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Uso de cinturón de seguridad. Acatamiento de normas de transito. Curso de manejo defensivo. Respetar los limites de velocidad.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vias de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución que minimicen la vulnerabilidad al riesgo. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión, alteraciones en la actitud, agotamiento, alteraciones nerviosas y ansiedad.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante

NOTIFICADO:

NOMBRE: Ronal Salcedo

C.C.: 5300663

FIRMA:

Teusaquillo
Bogotá
sstambvial@gmail.com

Powered by CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Ronal Salcedo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 5300663 de Venezuela que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de *NO FUMAR, NO INGERIR*

Powered by CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 5300

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

NO. 5300663

COL

SALCEDO ESPINOZA

APELLIDOS

RONAL

NOMBRES

VEN M

NACIONALIDAD SEXO

18722260

DNI N°

30-11-1987

FECHA DE NACIMIENTO

31-03-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1997545

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

IPCOL5300663<<9<<<<<<<<<<<<<<<

8711304M3105308VENE1997545<<<4

SALCEDO<ESPINOZA<<RONAL<<<<<<<

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113280

FECHA : 20/05/2025 HORA:8:33	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: RONAL ENRIQUE SALCEDO ESPINOZA	DOCUMENTO: 5300663	EDAD: 37 GENERO: M
Empresa: EP INGENIEROS CIVILES SAS	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3208296190 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	Si		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO **LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

SEÑOR:
RONAL ENRIQUE SALCEDO ESPINOZA
CC: 5300663

REF: RECOMENDACIONES EMITIDAS POR CONCEPTO MEDICO

CORDIAL SALUDO

EL CONCEPTO MEDICO DE SU EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INFORMA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

HIGIENE POSTURAL - CONTROL MEDICO DE RUTINA CON LA EPS – CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS– USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR CONTROL.

POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS TRAMIRE UNA CITA CON SU EPS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,



_____
RONAL ENRIQUE SALCEDO ESPINOZA

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900880052
Número Afiliación:	269420
Razón social:	EP INGENIEROS CIVILES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento	5300663
Nombre:	RONAL SALCEDO ESPINOZA
Fecha Ingreso:	15/01/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	001
Centro de trabajo:	01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	12/1/2024 2:35:20 PM

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

RONAL SALCEDO ESPINOZA, identificado(a) con permiso de permanencia temporal **5.300.663**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogota 16.01.2024

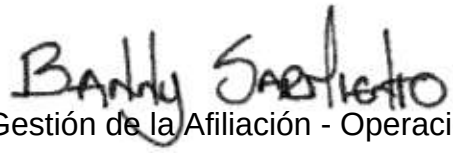
Señores,
EP INGENIERIOS - NI 900880052
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 2 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2024-01-16 con numero de radicado4759372 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 4759372

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogotá, 16 de enero de 2024

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

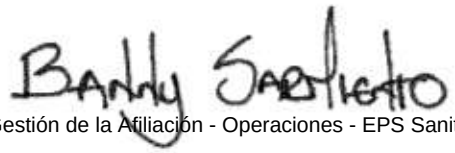
Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como NIT 900.880.052 - 2, EP INGENIEROS CIVILES SAS, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	PPT	5300663	RONAL SALCEDO ESPINOZA	$1.300.000	15/01/2024		Carrera 13 # 13 - 43	Bogotá	3208296190	SALCEDORONAL67@GMAIL.COM
2	PPT	1575855	EDINSON TORRES SARMIENTO	$1.300.000	15/01/2024		Carrera 33 sur # 97 - 08	Bogotá	3123981022	edisontorsa02@gmail.com
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

Luisa Fernanda Camacho Cruz
Asistente



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.383.432

CADENA JARA
APELLIDOS

CARLOS ARTURO
NOMBRES

Carlos Cadena Jara
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

17-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500113-45136650-M-1032383432-20050505 04101 06125A 02 179163052

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000549305

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CASTRO VARGAS INGENIEROS SAS FECHA 02/05/2025 07:23:42

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CARLOS ARTURO CADENA JARA **C.C** 1032383432

EDAD 38 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERADOR RETROEXCAVADORA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Katherine Blanco
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 7297 44

FIRMA DEL ESPECIALISTA

SEÑOR:
CARLOS ARTURO CADENA
CC: 1032383432

REF: RECOMENDACIONES EMITIDAS POR CONCEPTO MEDICO

CORDIAL SALUDO

EL CONCEPTO MEDICO DE SU EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INFORMA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

- HABITOS DE VIDA SALUDABLES
- HABITOS POSTUALES ADECUADOS
- USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR LO ANTERIOR SOLICITAMOS TRAMIRE UNA CITA CON SU EPS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

Carlos C.

CARLOS ARTURO CADENA

Scanned with CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012002205
9012002205

No. de Radicación: 29240423

Fecha de Radicación: 02 05 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CADENA	Segundo Apellido: JARA	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: ARTURO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1032383432	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 31 M M 01 A A A A 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CASTRO VARGAS INGENIEROS SAS	NT	901179812	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 141A BIS C 143B 70	31230057		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 02 M M 05 A A 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERADOR DE RETROEXCAVADORA
71. Firma del funcionario		

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CADENA JARA CARLOS ARTURO** identificado(a) con **CC** número **1.032.383.432** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 30 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901179812
Número Afiliación:	80119600
Razón social:	CASTRO VARGAS INGENIEROS SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1032383432
Nombre:	CARLOS ARTURO CADENA JARA
Fecha Ingreso:	02/05/2025
Salario básico:	1,700,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	30/04/2025 04:28:28 p. m.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARLOS ARTURO CADENA JARA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1032383432

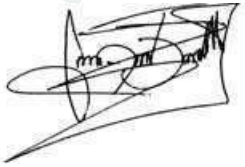
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Excavadora hidráulica - NIVEL BASICO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BARRANCABERMEJA. A los tres (3) días del mes de Mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



1859378 - 03/05/2024
No Y FECHA REGISTRO

EDGAR ALFONSO NAVAS ROJAS
Subdirector (E) CENTRO INDUSTRIAL Y DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO
REGIONAL SANTANDER

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95400027010112022 41CC1032383432C.

NIT.901.179.8121
CRA 141 A BIS C #143 B 70 SUBA, BOGOTÁ
castrovargasingenieros@hotmail.com
CEL.3212774833

BOGOTÁ DC, 03 DE MAYO DE 2025

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

Certifico que el señor **CARLOS ARTURO CADENA JARA** con C.C. 1.032.383.432 de BOGOTA DC, es apto para operar **RETROEXCAVADORA** ya que en el tiempo que a laborado en nuestra compañía y en sus 15 años de experiencia ha mostrado buena manejabilidad y mecánica en los respectivos proyectos realizados.

Cordialmente,

YUDI YESMID VARGAS RODRÍGUEZ
RR.HH

CONSORCIO TEUSAVIAL

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

ALCALDÍA LOCAL DE TEUSAQUILLO | BOGOTÁ

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL TEUSAQUILLO
CONTRATISTA	CONSORCIO TEUSAVIAL

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, CICLOINFRAESTRUCTURA, ESPACIO PUBLICO, Y PUENTES PEATONALES Y/O VEHICULARES PERTENECIENTES A LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA DE LA LOCALIDAD DE TEUSAQUILLO, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS, ANEXO TÉCNICO Y APÉNDICES

LUGAR Y FECHA: Bogotá 03/05/25

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelcan

EMPRESA: Consorcio Teusaval

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Carlos Arturo Cadena	1032383432	Operador	Castro Vargas Ingenieros	Carlos C.

(Firma)
(Nombre)

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO TEUSAVIAL

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

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.

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

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• 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 instalaciones

• 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.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
Carlos Cadena	1032383432	Operador	Axa Colpatria	Famisanar	Protección	Carlos C.

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Carlos C

Nombre: Carlos Cadena.

Cédula: 1032383432

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	03/05/25
CARGO	Operador	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Operador

NOTIFICADO:

NOMBRE: Carlos Cadena FIRMA: Carlos C.

C.C.: 1032383432

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO TEUSAVIAL, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Juan Felipe Delgado, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Carlos Cadena, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1032383432 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Operador en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR***

Scanned with CamScanner

BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Carlos C.

Fecha de Notificación: 03/05/2025

Scanned with CamScanner