CONTRATO DE OBRA No. CO1.PCCNT.7004833 CUYO OBJETIVO ES: "EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.

PERIODO DEL 17 DE ENERO AL 16 DE FEBRERO DE 2025

SUMAPAZ, CUNDINAMARCA

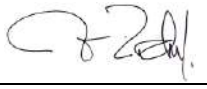
ELABORADO
POR: HSE –CONSORCIO ZF

FEBRERO DE 2025

Índice de modificaciones /ajustes

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
01	17-02-2025	Creación del documento	Profesional SST
02	07-03-2025	Actualización del documento	Profesional SST
03	13-03-2025	Actualización del documento	Profesional SST
04	23-04-2025	Actualización del documento	Profesional SST
05	10-05-2025	Actualización del documento	Profesional SST

Estado de revisión y aprobación

ELABORO	REVISO	APROBO
		
NOMBRE: Johanna Katerine Martinez	Nombre: Ana Milena Salazar D	Nombre : Felipe Rocha
Sst	Asesor SST	Director de Obra
17-02-2025	17-02-2025	17-02-2025

CONTENIDO

1. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST 6
1.1.1. Introducción 6
1.1.2. Sistema De Gestión Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST) 6
1.1.3. Documentación Del SG-SST 7
1.1.4. Inducción SST 7
1.1.5. Capacitaciones 7
1.1.6. Personal 8
1.1. 6.1. mujeres en la contratación 8
1.1.6.2. personal en condición de vulnerabilidad. 8
1.1.6.3. Afiliación y pago de seguridad social 8
1.7. Certificado de pago de aportes 9
2. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 9
2.1. Exámenes Médicos Ocupacionales 9
2.2. Paz y salvo 9
2.3. Ausentismo laboral 9
2.4. Dotación Y Elementos De Protección Personal 10
2.5. Accidentalidad E Incidentalidad En Obra 10
2.5.1. Estadísticas de accidentalidad 10
2.6. Análisis De Trabajo Seguro (ATS) 11
2.7. Inspecciones 11
2.8. Maquinaria 11
2.9. Seguimiento Matriz De Identificación De Peligros Y Valoración De Riesgos 12
2.10. Plan Anual De Trabajo SST Y Objetivos SST. 12
2.11. Registro Fotográfico. 12

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.1. Personal…… 7
Tabla 2.3.1. Ausentismo laboral…… 9
Tabla 2.5.1. Estadística de accidentalidad……10
Tabla 2.8.1 Maquinaria……11

ANEXOS

ANEXO 1. Inducción SST & A
ANEXO 2. Exámenes Ocupacionales
ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SGSS y/o paz y salvo
ANEXO 4. Entrega de EPP
ANEXO 5. Certificación AT
ANEXO 6. Certificado de pago de S. S y planillas de pago S.S.
ANEXO 7. Inspecciones
ANEXO 8. ATS
ANEXO 9. Plan de Trabajo e indicadores
ANEXO 10. Maquinaria
ANEXO 11. Capacitaciones
ANEXO 12. Mujeres en la contratación
ANEXO 13. Personal en condición de discapacidad
ANEXO 14. Registro Fotográfico.

1. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST

1.1.1. Introducción

El presente informe se realiza con el fin de dar a conocer la gestión realizada durante el periodo correspondiente en materia de seguridad y salud en el trabajo, las cuales son registradas, en función al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, permitiendo optimizar las acciones preventivas durante la jornada laboral.

Es por ello que el CONSORCIO ZF tiene entre sus propósitos desarrollar la prevención en SST, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y las enfermedades laborales, dentro del desarrollo del contrato. El interés es suministrar los recursos necesarios para responder a las demandas de la población trabajadora respecto a su salud y el medio ambiente laboral, así como para dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019, cumpliendo las funciones como contratista. La prevención en SST dentro de la interventoría está orientada 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.

1.1.2. Sistema De Gestión Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST)

En el periodo del 17 de enero al 16 de febrero de 2025, el Consorcio FZ ejecutó las siguientes actividades programadas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Revisión de los documentos para el ingreso del personal nuevo (EPS, ARL, AFP y examen médico de ingreso), así como la verificación de las planillas de pago de la seguridad social del personal que se encuentra activo en el proyecto.

- Inducción de SST y notificación de riesgos al personal nuevo, y evaluación del mismo.
- Entrega y seguimiento del uso adecuado y permanente de los elementos de protección personal.
- Instalación y mantenimiento de los cerramientos de los frentes de obra.
- Recorrido e inspección de SST en frentes de obra de manera permanente.

1.1.3. Documentación Del SG-SST

De acuerdo con lo establecido en la normatividad a continuación se relacionan los documentos aplicables al periodo.

- Afiliaciones a EPS, ARL y AFP del personal nuevo
- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso del personal nuevo
- Planillas de pago de seguridad social del personal activo
- Formato de seguridad social
- Registro de Inducción al personal nuevo
- Registro de entrega de dotación y elementos de protección personal
- Registro de Notificación de riesgos
- Certificación de accidentalidad del periodo
- Registro Análisis de Trabajo Seguro (ATS)

1.1.4. Inducción SST

Al ingreso al proyecto los trabajadores reciben una inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, en la cual se presentan los aspectos relevantes del SG-SST.

En esta socialización se divulgó: Generalidades de la empresa, organigrama, sistema general de la seguridad social (ARL, EPS Y AFP), Socialización del reglamento de higiene y seguridad industrial, políticas de STT, prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, socialización del plan de emergencias, Brigadas de emergencia, COPASST, reportes de accidente de trabajo, notificación de riesgos, responsabilidad del empleador y trabajador, exámenes médicos laborales (ingreso, retiro y periódicos), uso y mantenimiento de los elementos de protección personal, reporte de actos y condiciones inseguras, norma de seguridad dentro del área de trabajo, comité de convivencia laboral, procedimientos SG SST, manejo de sustancias peligrosas.

Anexo 1. Registro de inducción SST&A y notificación de riesgos.

1.1.5. Capacitaciones

En el periodo de 16 de enero a 17 de febrero de 2025, se llevaron a cabo las siguientes capacitaciones dirigidas al personal que labora en el proyecto:

- Inducción personal nuevo
- Capacitación uso y cuidado de los EPP

ANEXO 11. Capacitaciones

1.1.6. Personal

Para el periodo del 17 de enero al 16 de febrero de 2025 se registraron los siguientes ingresos y retiros en relación con el personal del Contratista.

Tabla 1.1.1 Personal

Periodo	**17 enero al 16 de febrero**
NO personal de ingreso	31
No personal antiguo	0
No personal retirado en el periodo	1
Total, personal en el periodo	31

Fuente: Consorcio ZF

ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SS

1.1.6.1. mujeres en la contratación

Dando cumplimiento al decreto 332 de 2020, expedida por la alcaldía mayor de Bogotá, en su artículo 3 **vinculación de mujeres en la ejecución del contrato o convenio.**
Realizada la convocatoria en el presente proyecto se encuentran vinculadas las siguientes profesionales.

- AURI ESTELA GUILLEN HERNANDEZ
- JOHANNA KATERINE MARTINEZ VARELA

ANEXO 12. Mujeres en la contratación

1.1.6.2. personal en condición de vulnerabilidad.

Dando cumplimiento a la Directiva 1 de 2011 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá, donde como Fundamentos Generales sobre la Adopción de medidas en favor de grupos vulnerables, discriminados y/o excluidos; se encuentra vinculada 1 persona en condición de vulnerabilidad (condición de discapacidad), dando cumplimiento a la directiva anteriormente mencionada.

ANEXO 13. Personal en condición de discapacidad

1.1.6.3. Afiliación y pago de seguridad social

El personal que ingresó a trabajar durante el periodo de 17 de enero al 16 de febrero de

2025 cuenta con las afiliaciones y/o pagos de seguridad social ARL, EPS, AFP, y Caja de Compensación Familiar.

Se presenta el soporte de pago de seguridad social del personal correspondiente al mes de enero de 2025.
ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SS

1.7. Certificado de pago de aportes

El Consorcio ZF se encuentra a paz y salvo por todo concepto con los trabajadores que laboran en el proyecto.

Anexo 6. Certificado de pago de aportes s.s. y planillas de pago s.s.

2. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

2.1. Exámenes Médicos Ocupacionales

A los trabajadores que ingresan al proyecto se remiten a examen médico ocupacional de ingreso antes de iniciar sus respectivas actividades, de igual manera se le notifica al personal retirado la orden de exámenes de egreso a centros médicos ocupacionales que cuentan con los permisos por emitidos por la autoridad competente.

Se presentan los exámenes médicos de los trabajadores que ingresaron en el periodo de 17 de enero al 16 de febrero de 2025.

Anexo 2. Exámenes médicos ocupacionales

2.2. Paz y salvo

para el periodo informado hubo 1 retiro, no ha sido posible la comunicación con el trabajador motivo por el cual no se presenta paz y salvo en este informe.

2.3. Ausentismo laboral

La estadística para determinar y evaluar el ausentismo durante el periodo de 17 de enero al 16 de febrero de 2025 se ha definido de acuerdo con lo establecido en la NTC 3793. El porcentaje de tiempo perdido durante el periodo es del 0.3 %.

Tabla 2.3.1. Ausentismo laboral

TIPO DE AUSENCIA –	EVENTOS	DIAS PERDIDOS

CYP		
ENFERMEDAD GENERAL	0	0
ACCIDENTE DE TRABAJO	0	0
ENFERMEDAD PROFESIONAL	0	0
SUSPENCIÓN	0	0
MATERNIDAD	0	0
PATERNIDAD	0	0
PERMISO REMUNERADO	0	0
CALAMIDAD DOMESTICA	0	0
PERMISO NO REMUNERADO	1	1
NO LABORÓ	0	0
TOTAL	1	1

Fuente: Consorcio ZF

2.4. Dotación Y Elementos De Protección Personal

Antes de iniciar las labores se realizó la entrega de dotación y elementos de protección al trabajador de acuerdo con las tareas asignadas.

Se realizó una permanente inspección en los frentes de trabajo frente al uso de los EPP.

Anexo 4. Registro de entrega de EPP.

2.5. Accidentalidad E Incidentalidad En Obra

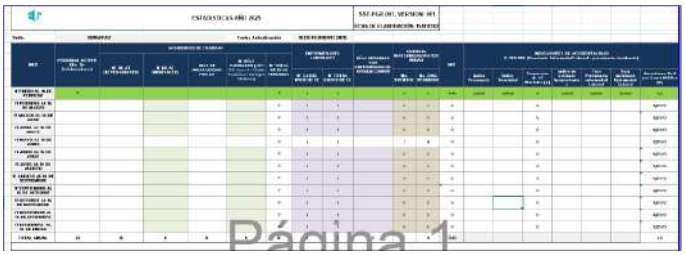
En el periodo de 17 de enero al 16 de febrero de 2025, no se presentan accidentes ni incidentes laborales de ningún tipo.

Anexo 5. Certificado de accidentalidad.

2.5.1. Estadísticas de accidentalidad

Se presentan los indicadores de accidentalidad mensual, en el Formato consolidado indicadores de accidentalidad / incidentes.

TABLA 2.5.1. ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD



Anexo 9. Plan de trabajo e Indicadores SST.

2.6. Análisis De Trabajo Seguro (ATS)

Se diligencia los ATS de manera semanal para cada uno de los frentes de trabajo.

Anexo 8. Análisis de trabajo seguro (ATS).

2.7. Inspecciones

En el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes inspecciones de acuerdo con lo establecido en el Programa incluido en el SG SST.

- Orden y aseo
- Inspección de EPP
- Inspección extintores
- Inspección botiquín
- Inspección maquinaria menor

En estas inspecciones se verifico el cumplimiento por parte de los trabajadores del compromiso por el uso adecuado de los EPP, orden y aseo en el frente de trabajo, así como el estado de la herramienta menor.

Anexo 7. Inspecciones

2.8. Maquinaria

Para el periodo comprendido entre el 17 de enero y 16 de febrero del 2025, laboro la siguiente maquinaria:

TABLA 2.8.1. MAQUINARIA

Maquinaria	17 de enero al 16 de febrero
Camión Kodiak OBE 028	✔
Volqueta UFS 983	✔
Volqueta OTI 754	✔
Herramientas	

Pulidora	✔
Taladro Demoledor	✔
Mezcladora -trompo	X
Canguro compactador	X
Rana compactadora	X
vibro compactador	X

Anexo 10. maquinaria

2.9. Seguimiento Matriz De Identificación De Peligros Y Valoración De Riesgos

En el periodo se verificó el cumplimiento de los controles propuestos en la matriz de riesgos.

2.10. Plan Anual De Trabajo SST Y Objetivos SST.

Teniendo en cuenta los objetivos e indicadores establecidos por el Consorcio ZF y la periodicidad de evaluación, se realizó el seguimiento al cumplimiento de los objetivos en el periodo informado de 2025.
Se concluye que se dio cumplimiento con la mayoría de las actividades programadas de acuerdo con la periodicidad establecida, algunas no fueron posibles llevar a cabo por temas de tiempos y/o presupuesto según la dinámica de la obra.

Anexo 9. Plan Anual de Trabajo, Objetivos e indicadores SST.

2.11. Registro Fotográfico.

Se presenta registro fotográfico de diferentes actividades realizadas desde el área SST

Anexo 14. Registro fotográfico

ANEXO 1. Inducción SST & A

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Noel Peralosa Celeita.

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Noel Penaloza Celeita identificado con C.C., No. 1033784622. por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Noel Peñaloza Celeita
Identificación: 1033784622
Fecha Notificación: 28-01-2025

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Luis Vargas.

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Luis Vargas identificado con C.C., No. 1093745054 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Luis Vargas
Identificación: 1093745054
Fecha Notificación: 14-02-25

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Duvan Alexander Peñaloza

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Duvan Alexander Peñaloza Valbuena identificado con C.C., No. 1007519465 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: _____
Identificación: 1007519465
Fecha Notificación: 29/01/2025

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Brayan Peñaloza Cortes

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Brayan Peñalosa Carto identificado con C.C., No. 1022979929 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Brayan Peñalosa Carto
Identificación: 1022979929
Fecha Notificación: 29/01/2025

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Elkin estiven Caro peñaloza

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Elkin Stiven Cano Peñaloza identificado con C.C., No. 1032656273 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Elkin
Identificación: 1032656273
Fecha Notificación: 29/07/2024

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Yeison Arley Morales Peñaloza

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION	✓	✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Yeison Arley Morales P. identificado con C.C., No. 1032656071 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: _____
Identificación: 1032 656 071
Fecha Notificación: 28/07/2025

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: John Jairo Moreno Morales

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Jhon Moreno identificado con C.C., No. 1069752749 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Jhon Moreno
Identificación: 1069752749
Fecha Notificación: 23-01-2025

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Jose Gerardo peraloza

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA.	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Jose Genaleb Peñaloza identificado con C.C., No. 3232274 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: _____
Identificación: 3232274
Fecha Notificación: 29/01/2025

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES		PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Jose Jefeison Viache Viache

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024



Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	✓	
	BACTERIAS	✓	
	HONGOS	✓	
	RACKETSIAS	✓	
	PARASITOS	✓	
	PICADURAS	✓	
	MORDEDURAS	✓	
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS		✓
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	✓	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	✓	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA	✓	
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	✓	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	✓	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	✓	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		✓
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	✓	
	FIBRAS		✓
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)		✓
	GASES / VAPORES		✓
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS		✓
	MATERIAL PARTICULADO	✓	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	✓	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	✓	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	✓	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	✓	
	ESFUERZO	✓	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	✓	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	✓	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	✓	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	✓	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	✓	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO		✓
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)		✓
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION		✓
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Jose Jafeison Vucho V. identificado con C.C., No. 1006093160 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Jose Vucho
Identificación: 1006093160
Fecha Notificación: 29 enero 2025

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 28/02/25 NOMBRE / APELLIDOS: Elkin Estiven Peñaloza

CARGO : Ayudante de obra.

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

c. 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

Protección auditiva X	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad X	Guantes vaqueta X
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza X	Guantes de nitrilo	Gafas X de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barbiquejo. X	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

Manteniendo el orden adecuado utilizando los EPP

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	
B. Condición Insegura	
C. Acto Inseguro	

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A ☐ B ☐ C ☒ D ☐

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A ☒ B ☐ C ☐ D ☐

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A ☐ B ☒ C ☐ D ☐

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

Hacer el debido reporte a la persona encargada o IPS

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo 	Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo. A ☐ B ☒
B. Riesgo 	La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos. A ☒ B ☐

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Riesgo Ambiental
2. Riesgo Mecánico
3. Riesgo Biomecanico

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos		NEGRA
Comidas, frutas, verduras, flores		VERDE
Plástico, metal, vidrio		BLANCO

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC.

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 10/02/2025 NOMBRE / APELLIDOS: Noel Perdoza Celeito

CARGO : Ayudante de obra

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
X Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

X Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
X La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
X Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

X a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

X 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

X a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

Protección auditiva X	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas X de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza X	Guantes de nitrilo	Gafas X de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con bambuqueo. X	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

- Participar en las actividades de Capacitacion y entrenamiento.
- Informar Sobre Condiciones inseguras o de Peligro.
- Cumplir Con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo.

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	
B. Condición Insegura	
C. Acto Inseguro	

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A [X] B [ ] C [ ] D [ ]

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A [ ] B [X] C [ ] D [ ]

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A [X] B [ ] C [ ] D [ ]

Powered by CamScanner

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar A [ ] B [ ] C [ ] D [X]

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

Buscar atencion medica. Con la ARL que me afilia la empresa.

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A [X] B [ ]

B. Riesgo Peligro



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A [ ] B [X]

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Fractura
2. desgarres musculares
3. Calambres

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos	→ Negra	
Comidas, frutas, verduras, flores	→ Verde.	
Plástico, metal, vidrio	→ Blanco	

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC.: 1033784622.

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 10/02/2025 NOMBRE / APELLIDOS: Peison Morales Peñaloza

CARGO : Ayudante de obra

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

x Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

x 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

x a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmeriladr	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barbuquejo.	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

Planear y ejecutar Programas de Prevención de accidentes y enfermedades laborales
identificar los peligros y evaluar los riesgos

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente. A [ ] B [ ] C [X] D [ ]
B. Condición Insegura	Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte. A [ ] B [X] C [ ] D [ ]
C. Acto Inseguro	Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra. A [X] B [ ] C [ ] D [ ]

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

Depende de la ARL a la que este afiliado en caso de algun accidente o enfermedad o me dirijo al a persona encargada en el momento

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A ☐ B ☒

B. Riesgo

Peligro



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A ☒ B ☐

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Caída
2. Fracturas
3. Sobre esfuerzo

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos	→ Negro	
Comidas, frutas, verduras, flores	→ Verde.	
Plástico, metal, vidrio	→ Blanco	

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC.: 1032656071

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 10/07/2025 NOMBRE / APELLIDOS: JOHN JAIRO MORENO MORALES

CARGO : AYUDANTE DE OBRA.

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
X. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

X. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
X. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
X. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. La opción que muestra las señales de Emergencia es:

a. 

b. 

c. 

7. ¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barbuquejo.	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

BIEN CUMPLIENDO LAS NORMAS PREVENTIVAS LAS CHARLAS Y LAS CAPACITACIONES QUE ME DAN DENTRO DE MIS HORARIOS LABORALES.

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.
B. Condición Insegura	Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.
C. Acto Inseguro	Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A [X] B [ ] C [ ] D [ ]

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A [ ] B [X] C [ ] D [ ]

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A [X] B [ ] C [ ] D [ ]

Powered by CamScanner

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.	A [ ]	B [ ]	C [ ]	D [X]

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

ME DIRIJO A LA CLINICA PARA QUE ME ATIENDAN CON LA ARL QUE ME APOLLO LA ENPRESA EN LA QUE TRABAJO.

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

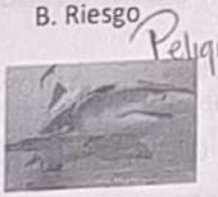
A. Riesgo



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A [ ] B [X]

B. Riesgo Peligro



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A [+] B [ ]

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. FRACTURAS.
2. SOBRE ESFUERZO
3. CAIDAS

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos	→ Negra.	
Comidas, frutas, verduras, flores	→ Verde.	
Plástico, metal, vidrio	→ Blanco.	

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

JHON MORENO
Firma del Trabajador
CC.: 1069752249.

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 28/02/25 NOMBRE / APELLIDOS: Brayan Alexis Penaloza

CARGO : Ayudante de obra.

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

5. Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. La opción que muestra las señales de Emergencia es:

a. 

b. 

c. 

7. ¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con bambuqueo.	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

1 Utilizando las PPP en un buen uso
2 Asistiendo a charlas
3 El Autocuidado
4 Orden y aseo

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente. A [ ] B [ ] C [X] D [ ]
B. Condición Insegura	Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte. A [X] B [ ] C [ ] D [ ]
C. Acto Inseguro	Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra. A [ ] B [X] C [ ] D [ ]

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.	A		B		C		D	X

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

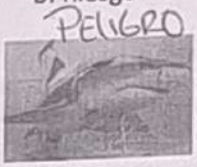
Avisar al jefe inmediato, mirar el paciente en que estado se encuentra.

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



B. Riesgo PELIGRO



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A [ ] B [X]

La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A [X] B [ ]

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Caidas
2. lesiones
3. Cortadas

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos	→ NEGRA	
Comidas, frutas, verduras, flores	→ VERDE	
Plástico, metal, vidrio	→ BLANCO	

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC.: 1022999929

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 28/02/25 NOMBRE / APELLIDOS: Duvan Peñaloza V

CARGO : Ayudante de obra

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

c. 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

D. Enfermedad Laboral	La contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

A [ ] B [ ] C [ ] D [X]

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

llamar a la Persona que este a cargo o al Jefe inmedato

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A [ ] B [X]

B. Riesgo



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A [X] B [ ]

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. eridas
2. lesiones musculares
3. cortadas

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barboquejo.	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

Utilizar los EPP el auto cuidado el buen comportamiento

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	
	B. Condición Insegura
C. Acto Inseguro	

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A ☐ B ☐ C ☒ D ☐

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A ☒ B ☐ C ☐ D ☐

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A ☐ B ☒ C ☐ D ☐

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos	AZUL	
Comidas, frutas, verduras, flores	VERDE	
Plástico, metal, vidrio	BLANCO	

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC.:

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 28/02/25 NOMBRE / APELLIDOS: Jose Jeferson Viuche

CARGO : Ayudante de obra

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
X. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
X. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
X. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
X. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

c. 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barbuquejo.	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

Tratando de usar debidamente los elementos necesarios para evitar accidentes

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente. A [ ] B [ ] C [X] D [ ]
B. Condición Insegura	Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte. A [X] B [ ] C [ ] D [ ]
C. Acto Inseguro	Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra. A [ ] B [X] C [ ] D [ ]

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

avisar al que este accidentado despues a la IPS

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

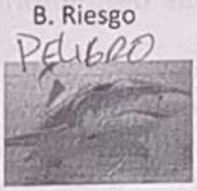
A. Riesgo



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A ☐ B ☒

B. Riesgo



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A ☒ B ☐

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Riesgo ambiental
2. Riesgo biomecanico
3. Riesgo Mecanico

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos		NEGRA
Comidas, frutas, verduras, flores		VERDE
Plástico, metal, vidrio		BLANCO

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

José Vache
Firma del Trabajador
CC.: 1006093160

Kurtz.
Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 28/02/2025 NOMBRE / APELLIDOS: Gerardo Peñaloza

CARGO : Ayudante de obra

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo. ✓
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo ✓
d. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades ✓
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes. ✓
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

c. 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barbuquejo.	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff.

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

orden y aseo. Utilisando los epp el autocuidado

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente. A [ ] B [ ] C [X] D [ ]
B. Condición Insegura	Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte. A [X] B [ ] C [ ] D [ ]
C. Acto Inseguro	Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra. A [ ] B [X] C [ ] D [ ]

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.	A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

Reportar al jefe y IPS

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo → PELIGRO



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A ☐ B ☒

B. Riesgo PELIGRO



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A ☒ B ☐

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Riesgo ambiental
2. Riesgo mecanico
3. Riesgo biomecanico

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.

Papel, cartón, periódicos	→NEGRA	
Comidas, frutas, verduras, flores	→VERDE	
Plástico, metal, vidrio	→BLANCO	

"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Genaro Penaloza
Firma del Trabajador
CC.: 3 232 214

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 14/02/25 NOMBRE / APELLIDOS: Luis Eliseo Vargas Franco

CARGO : Oficial de obra.

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. **¿La sigla SST Significa?**

a. Trabajar en alturas
X. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. **Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:**

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
X. Todas las anteriores

3. **¿De qué habla la política SST de?**

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
X La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. **¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?**

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
X. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

5. **Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.**

X a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. **La opción que muestra las señales de Emergencia es:**

a. 

b. 

X c. 

7. **¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?**

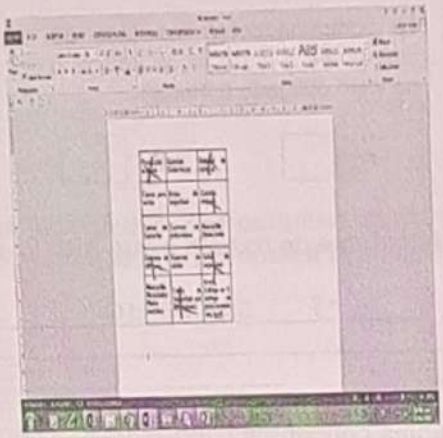
X a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. **Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.**

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001



Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. **Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa**

usando El casco
usando El EPP

10. **Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)**

A. Accidente de trabajo	
B. Condición Insegura	
C. Acto Inseguro	

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A [ ] B [ ] C [X] D [ ]

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A [X] B [ ] C [ ] D [ ]

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A [ ] B [X] C [ ] D [ ]

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

D. Enfermedad Laboral	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.	A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

Comunicar a los superiores

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A ☐ B ☒



La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A ☒ B ☐

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Electrico
2. fisico

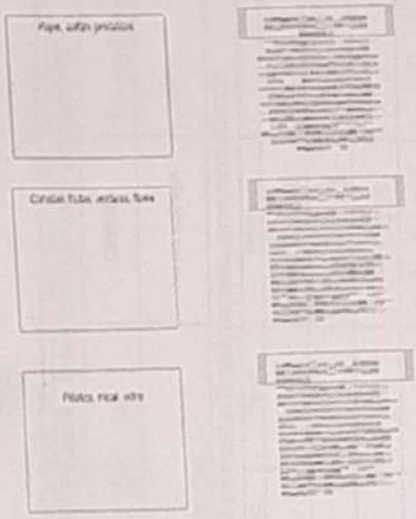
ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

3. auditivo

14. **Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.**



"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Luis Vargas.
Firma del Trabajador
CC.:

Firma encargado de la inducción

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

ANEXO 2. Exámenes Ocupacionales

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. 1100105689
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. 109100

FECHA : 29/01/2025 HORA:8:4			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: HEINER ALEXANDER PARRA PARRA			DOCUMENTO: 1000861532	EDAD: 21 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3024142503 -	

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	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	SI		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	SI		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	SI		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	SI	**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

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	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

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional U.D.
Resolución No. 6660 de 30/07/2019

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

Scanned with 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. 1100105550
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Muñoz 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. 109094

FECHA : 29/01/2025 HORA:7:41		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JOSE OLIVERIO PUYU CASSO		DOCUMENTO: 1111794135	EDAD: 37 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3008351788 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	SI		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**No**	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	**NA**
Apto Para el cargo sin Restricciones	**NA**	**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	**SI**		
Examen PERIODICO Satisfactorio	**NA**	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	**NA**

APTO PARA TRABAJOS EN SUPERFICIES SIN IFNRADESNIVEL (PISO).

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	NA	Dieta - Ejercicio Físico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	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 leido 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**	Huella

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL manejo de protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 segun 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

Scanned with 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. 110010566590
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. 109108

FECHA : 29/01/2025 HORA:8:10		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: RAFAEL ESTEBAN GOMEZ SAMUDIO		DOCUMENTO: 1032656012	EDAD: 21 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3214695200 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	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	SI		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	SI		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	SI		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**No**	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			**NA**
Apto Para el cargo sin Restricciones			**NA**	**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			**Si**		
Examen PERIODICO Satisfactorio	**NA**	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			**NA**

APTO PARA TRABAJOS EN SUPERFICIE SIN INFRADESNIVEL (PISO).

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	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	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 leido 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

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista
Salud Ocupacional U.N
Resolución No. 6660 30/07/2019

Firma Trabajador

C.C. No

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

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 segun 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

Scanned with 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. 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. 109047

FECHA : 28/01/2025 HORA:8:5	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: JOSE ALIRIO GOMEZ FLOREZ	DOCUMENTO: 80812630 — EDAD: 39 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	Cargo: ENCARGADO DE OBRA — Tel: 3046375016 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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		

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

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.

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

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional U.N.
Resolución No. 6660 de 30/07/2019

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 Secretaría 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

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 Secretaria 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. 109048

FECHA : 28/01/2025 HORA:8:9			EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO		
NOMBRES: JOHAM ANDRES BAQUERO FONSECA			DOCUMENTO: 80811745	EDAD: 40 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: OFICIAL	Tel: 3142173768 -	

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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 SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURAS.

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 manejo de los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 0666 Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones médicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA IPS 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

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. 110010565901
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. 109046

FECHA : 28/01/2025 HORA:8:2			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: EDUART GOMEZ FLOREZ			DOCUMENTO: 80120885	EDAD: 42 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION	Tel: 3024544581 -	

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	**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	**Si**		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	**Si**		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	**Si**		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**Si**	**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 SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURAS.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	**Si**	Uso de Doble Protección Auditiva	**Si**	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	**Si**
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.

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 cumpliendo 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

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. 108901

FECHA : 24/01/2025 HORA:9:27			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: BRAYAN ALECIX PEÑALOSA CORTES			DOCUMENTO: 1022979929	EDAD: 32 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3004045978 -	

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**Si**	**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**			**Si**

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	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

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista
Salud Ocupacional
Licencia No. 6660 de 30/07/2019

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

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. 108897

FECHA : 24/01/2025 HORA:8:45			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JOSE JEFERSON VIUCHE VIUCHE			DOCUMENTO: 1006093160		EDAD: 27 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Tel: 3243689415 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	Si
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, 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.

Dr. Artemio García N.
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
RM. 6811861998
LICENCIA SALUD:134802017

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 134802017
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 Secretaría 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

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. 108899

FECHA : 24/01/2025 HORA:8:54		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JOSE GENALDO PEÑALOZA RAMIREZ		DOCUMENTO: 3232214	EDAD: 63 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3015294323 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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 AUDITIVA 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	Si
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**	2058

Néstor Raúl Garzón Rodríguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional U.D.C.A.
Resolución No. 16660 de 30/07/2019

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 Secretaría 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

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. 108902

FECHA : 24/01/2025 HORA:9:49		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: DUVAN ALEXANDER PEÑALOZA VALBUENA		DOCUMENTO: 1007519465	EDAD: 23 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3007591578 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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 PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	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	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

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 leido 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 Secretaría 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

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. 108895

FECHA : 24/01/2025 HORA:8:39			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: YEISON ARLEY MORALES PEÑALOZA			DOCUMENTO: 1032656071	EDAD: 20 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3223244307 -	

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**SI**	**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**

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

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	Si	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	Si	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

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.

Dr. Artemio García N.
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
RM. 6811861998
SOS:134802017

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 134802017
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

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
Aprobada 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. 108900

FECHA : 24/01/2025 HORA:9:23			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: ELKIN ESTIVEN CARO PEÑALOZA			DOCUMENTO: 1032656213	EDAD: 18 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3024070882 -	

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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

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	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, 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.

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 134802017
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

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. 108894

FECHA : 24/01/2025 HORA:8:36			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JOHN JAIRO MORENO MORALES			DOCUMENTO: 1069752249		EDAD: 29 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Tel: 3112094280 -

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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	NA	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	NA	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	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.

Dr. Artemio García N.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
RM. 6811861998
C.C. SDS:134802017

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 134802017
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

JAJD

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

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. 108896

FECHA : 24/01/2025 HORA:8:42		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: NOEL PEÑALOZA CELEITA		DOCUMENTO: 1033784622	EDAD: 29 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3202509973 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	NA	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, 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.

Dr. Artemio García Neira
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Riesgos Laborales
RSDS:13480201

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 134802017
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL mancja 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

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. CPIP 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. 108905

FECHA : 24/01/2025 HORA:9:58	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: JULIAN MANUEL QUIROGA PALACIOS	DOCUMENTO: 1001287552 — EDAD: 23 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	Cargo: AYUDANTE DE OBRA — Tel: 3046070421 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	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	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 leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Firma Trabajador

C.C. No

ARTEMIO GARCIA NEIRA
LICENCIA No. 13480 2017
Medico Especialista en Salud Ocupacional

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

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
Uc. 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. 109091

FECHA : 29/01/2025 HORA:7:32			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: NICOLAS DAVID GUTIERREZ CASTRO			DOCUMENTO: 1003664020	EDAD: 23 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3212317868 -	

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	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	SI		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	SI		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	SI		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**SI**	**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**

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

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	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

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 estas 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,Las autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información requerida 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.**

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

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 | **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-17

Nombres y apellidos: FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 02/04/1973
Empresa: CONSORCIO ZF
Empresa usuaria:
Cargo: DIRECTOR DE OBRA

CC: 85466135
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-17 / 09:04:10
Fecha salida: 2025-01-17 / 10:43:48



EXÁMENES REALIZADOS

- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	CONTROL VISUAL ANUAL
OTRAS::	CONTROL AUDITIVO ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Fabio David Santoya Carrillo
Médico Especialista SST
Licencia No. 17107 de 30/04/2024

FABIO DAVID SANTOYA CARRILLO
RM: 1095817652
Firma y sello del médico

FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ
CC: 85466135
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 | **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-01-17

Nombres y apellidos: FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 02/04/1973
Empresa: CONSORCIO ZF
Empresa usuaria:
Cargo: DIRECTOR DE OBRA

CC: 85466135
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-17 / 09:04:10
Fecha salida: 2025-01-17 / 10:43:48



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL VISUAL ANUAL
3. OTRAS:: CONTROL AUDITIVO ANUAL

Fabio David Santoya Carrillo
Médico Especialista SST
Licencia No. 17107 de 30/04/2024

FABIO DAVID SANTOYA CARRILLO
RM: 1095817652
Firma y sello del médico

FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ
CC: 85466135
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798 **EMAIL:** citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-01-17

Nombres y apellidos: FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 02/04/1973
Empresa: CONSORCIO ZF
Empresa usuaria:
Cargo: DIRECTOR DE OBRA

CC: 85466135
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-17 / 10:44:39
Fecha salida: 2025-01-17 / 10:44:39



EXÁMENES REALIZADOS

- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Fabio David Santoya Carrillo
Médico Especialista SST
Licencia No. 171107 de 30/04/2024

FABIO DAVID SANTOYA CARRILLO
RM: 1095817652
Firma y sello del médico

FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ
CC: 85466135
Firma del paciente

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 288.513

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Nombre de la empresa.	Empresa en misión

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

UMAÑA SANTIAGO IVAN DARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC	1018447418
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	USO ADECUADO DE EPP	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL	SVE CARDIOVASCULAR	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
REALIZAR AUDIOMETRÍA CADA AÑO		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
- REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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

Powered by CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Dra. Laura Hernandez Castro Medica Ocupacional C.C 1085314539 Resolución No 11823	Código de Seguridad H652N1T288513	Firma:
Nombre: HERNANDEZ CASTRO LAURA		Nombre: UMAÑA SANTIAGO IVAN DARIO
R. M.: 11823 DE 15/01/2024 L.S.O.: 11823 DE 15/01/20		CC: 1018447418

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

Powered by CamScanner

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 229.291

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA PERIODICA PARA TRABAJOS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUILLEN HERNANDEZ AURI ESTELA	FEMENINO	36 AÑOS 9 MESES 3 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1082065177

Cargo
RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: *APTO CON RECOMENDACIONES*

SI	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN SU EPS : IMC : 35.44	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES EN SU EPS	USO ADECUADO DE EPP	DIETA ESTRICTA BAJA EN GRASAS Y HARINAS
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PROLONGADA	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO CARDIOVASCULAR	DIETA ESTRICTA BAJA EN SAL
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
USAR CORRECCIÓN VISUAL : INICIO DE CONTROLES PRECONCEPCIONALES		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

• ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD.
• INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAÍDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS.
• USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE
ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR).
• RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS.
• PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO CON COVID19 Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN.
• SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
• INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
• PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
• REALICE PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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

Médico



Firma:

Nombre: CASTAÑEDA BORDA LEIDY VIVIANA

R. M.: 52966805 **L.S.O.:** 15371-27/12/2021

Código de Seguridad U652A1G229291

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GUILLEN HERNANDEZ AURI

CC: 1082065177

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.043

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2025 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ZF	CONSORCIO ZF
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARTINEZ VARELA JOHANNA KATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	CC	1069739376
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
SISO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: .

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL	✓
ESPIROMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	PRUEBA DE EMBARAZO- HCG	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

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

Médico



Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA ESPERANZA

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MARTINEZ VARELA JOHANNA KATERINE

R. M.:	0698-03	L.S.O.:	2462-15	Código de Seguridad	CC:	1069739376
				P1053V1B22043		

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CENTRO
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980
EMAIL: citas.centro@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-01-17

Nombres y apellidos: JUAN PABLO DIAZ LOPEZ
Fecha de nacimiento: 09/07/1978
Empresa: CONSORCIO ZF
Empresa usuaria:
Cargo: MAESTRO DE OBRA

CC: 79896857
Edad: 46 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-17 / 09:07:56
Fecha salida: 2025-01-17 / 10:09:58



EXÁMENES REALIZADOS

- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Johanna Moreno Herrera
Médico Esp. Gerencia y Medicina Laboral
UDCA - FUAA
R.M. 1.032.483.726

JOHANA MORENO HERRERA
RM: 1032483726
Firma y sello del médico

JUAN PABLO DIAZ LOPEZ
CC: 79896857
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA CENTRO
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980
EMAIL: citas.centro@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-01-17

Nombres y apellidos: JUAN PABLO DIAZ LOPEZ
Fecha de nacimiento: 09/07/1978
Empresa: CONSORCIO ZF
Empresa usuaria:
Cargo: MAESTRO DE OBRA

CC: 79896857
Edad: 46 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-17 / 09:07:56
Fecha salida: 2025-01-17 / 10:09:58



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Dra. Johanna Moreno Herrera
Médico Esp. Gerencia y Medicina Laboral
UDCA - FUAA
R.M. 1.032.483.726

JOHANA MORENO HERRERA
RM: 1032483726
Firma y sello del médico

JUAN PABLO DIAZ LOPEZ
CC: 79896857
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA CENTRO
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980
EMAIL: citas.centro@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-01-17

Nombres y apellidos: JUAN PABLO DIAZ LOPEZ
Fecha de nacimiento: 09/07/1978
Empresa: CONSORCIO ZF
Empresa usuaria:
Cargo: MAESTRO DE OBRA

CC: 79896857
Edad: 46 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-17 / 09:40:09
Fecha salida: 2025-01-17 / 10:10:25



EXÁMENES REALIZADOS

- ESPIROMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



JOHANA MORENO HERRERA
RM: 1032483726
Firma y sello del médico

JUAN PABLO DIAZ LOPEZ
CC: 79896857
Firma del paciente

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 280.412

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S. (Nombre de la empresa)	INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S. (Empresa en misión)

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)				
LOPEZ DIAZ JUAN JOSE (Apellidos y Nombres)	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 9 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1054780565 (Número)

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON RECOMENDACIONES, CONDICION DE SALUD QUE REQUIERE RECOMENDACIONES MEDICAS

Observaciones: *NO APLICA*

SI	APTO PARA INGRESAR AL PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	PANEL DE DROGAS POR 10	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
REALIZAR AUDIOMETRÍA EN 6 MESES	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINO POR EPS - RECOMENDACION VALIDA POR 1 MES	EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85DBL : CONDUCIR CON VENTANA CERRADA	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
	USO ADECUADO DE EPP	
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO AUDITIVO	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Powered by CamScanner

- DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL NO REEMPLAZA LA CERTIFICACIÓN DE LA APTITUD PSICOFÍSICA NECESARIA PARA OBTENER LA LICENCIA DE TRÁNSITO PARA CONDUCCIÓN VEHICULAR, LA CUAL DEBE GESTIONARSE EN UN CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES (CRC) O ENTIDAD AVALADA PARA LA EXPEDICIÓN DE ESTAS, CON LAS RENOVACIONES ESTABLECIDAS SEGÚN NORMATIVIDAD.
- DEBE DESCANSAR Y LLEVAR UNA BUENA ALIMENTACIÓN ANTES DE CONDUCIR.
- EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE SUSTANCIAS QUE AFECTEN LA HABILIDAD AL VOLANTE.
- REVISAR DE MANERA PERIÓDICA EL ESTADO DEL VEHÍCULO.
- USAR GAFAS CON FILTRO UV PARA EVITAR ALTERACIÓN Y CANSANCIO VISUAL POR RADIACIONES SOLARES.
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS QUE LE PERMITAN DISMINUIR LA TENSIÓN DE LAS ARTICULACIONES Y LOS MÚSCULOS.
- CAMBIÉ CONSTANTEMENTE EL PUNTO DE ENFOQUÉ SOBRE LA CARRETERA, ESTO IMPIDE EL MAREO Y LA SENSACIÓN DE SUEÑO.
- CONDUZCA PREFERIBLEMENTE CON LA VENTANILLA CERRADA.
- REALIZAR EL AJUSTE ADECUADO DEL ASIENTO EN CUANTO A ALTURA E INCLINACIÓN Y EL VOLANTE.
- DESPUÉS DE UN PERÍODO DE CONDUCCIÓN DE 4 HORAS Y 30 MINUTOS, SE DEBERÁ REALIZAR UN DESCANSO DE, AL MENOS, 45 MINUTOS.
- ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL DE LA EMPRESA.
- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
- REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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

Médico

Firma:

Nombre: CASTAÑEDA BORDA LEIDY VIVIANA

R. M.: 52966805 L.S.O.: 15371-27/12/2021

Código de Seguridad O652U1A280412

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ DIAZ JUAN JOSE

CC: 1054780565

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.

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. 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. 108953

FECHA : 25/01/2025 HORA:7:58			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: FABIAN DANILO DIAZ DIAZ			DOCUMENTO: 1022988379		EDAD: 31 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Tel: 3102718929 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**Si**	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			NA	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			**Si**	**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 ALTURAS. REQUIERE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE.

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	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	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.

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

Firma Trabajador

C.C. No 1.022.988.379

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL, maneja 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 prestadoras por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA IPS 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

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. 1100105690
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. 108981

FECHA : 25/01/2025 HORA:10:11		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ELVIS JULIAN FAJARDO DIAZ		DOCUMENTO: 1032656068	EDAD: 19 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: ASISTENTE DE OBRA	Tel: -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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 CORRECCION OPTOMETRICA PARA VISION DE LEJOS

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	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	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 leido 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**

Néstor G. Garzón Rodríguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional U.M.
Resolución No. 6660 de 30/07/2019

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

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. 1100105659O
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. 108961

FECHA : 25/01/2025 HORA:8:23			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JEISSON ANDRES DIAZ RAMIREZ			DOCUMENTO: 1001170075		EDAD: 22 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Tel: 3208390185 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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 PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	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	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, 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 leido 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**	

Héctor Raúl Garzón Rodríguez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 6660 del 30/07/2019

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

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. 108972

FECHA : 25/01/2025 HORA:9:28			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JONATAN STIVEN DIAZ DIAZ			DOCUMENTO: 1001170010		EDAD: 23 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE		Tel: 3123709240 -

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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 PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad	Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
	Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
	Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
	Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
						NA

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 esta 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**

Nestor Raul Garzon Rodriguez
Medico Especialista
Licencia Ocupacional No. 6660 de 30/07/2019 R.M.

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

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 Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

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. 110010565 90
Aprobado por la Secretaría 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 Secretaría Distrital de Salud



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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 108950

FECHA : 25/01/2025 HORA:7:47			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JAIDER JAIR RUBIANO ROMERO			DOCUMENTO: 1001170079	EDAD: 22 GENERO: M	
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3024432005 -	

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	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	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**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. REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	Si	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	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 leido 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**	

Néstor Garzón Rodríguez
Medico especialista en Salud y Ocupacional
Licencia No. 6660 de 30/7/2019

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

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. 1100105659O
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá segun 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 Secretaría Distrital de Salud

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



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 109092

FECHA : 29/01/2025 HORA:7:38	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ANGEL ALVEIRO GUTIERREZ CHINGATE	DOCUMENTO: 1032656168	EDAD: 37 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3229049629 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	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	SI		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	SI		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	SI		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	SI	**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. REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	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	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Fisico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

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.

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 manejo de protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 segun resolucion 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

Scanned with CamScanner

ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SGSS y/o paz y salvo

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, PERIODICOS Y EGRESO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	17 DE MAYO DE 2025					
CONTRATO OBRA No.	CO1.PCCNTR.7004833	**CONTRATISTA**				CONSORCIO ZF
CONTRATO INTERVENTORIA No.	707772-2024	**INTERVENTORIA**				NOGAL
OBJETO:	EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES BÁSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.					
PERIODO DE INFORME	**17/04/2025**	**AL**	**16/05/2025**			

No.	CONTRATIS O SUBCONTRATISTA	DATOS DEL TRABAJADOR			EPS	ARL	AFP	CCF	NO. PLANILLA	FECHA DE INGRESO	EXAMEN DE INGRESO	SI TIENE RESTRICCION ESPECIFIQUELA	FECHA DE RETIRO
		NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO									
PERSONAL NUEVO													
1	CONSORCIO ZF	FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ	85466135	Director de obra	SANITAS	COLMENA	Proteccion	Compensar	N/A	27/01/2025	17/01/2025	N/A	N/A
2	CONSORCIO ZF	IVAN DARIO UMAÑA SANTIAGO	1.018.447.418	Residente de obra	SANITAS	COLMENA	Colpensiones	Compensar	N/A	27/01/2025	9/11/2024	N/A	N/A
3	CONSORCIO ZF	AURI ESTELA GUILLEN HERNANDEZ	1.082.065.177	RESIDENTE DE OBRA	SANITAS	COLMENA	Porvenir	Compensar	N/A	27/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
4	CONSORCIO ZF	JOHANNA KATERINE MARTINEZ VARELA	1.069.739.376	INSPECTOR SST	NUEVA EPS	COLMENA	Colpensiones	Compensar	N/A	27/01/2025	22/01/2025	N/A	N/A
5	CONSORCIO ZF	JUAN PABLO DIAZ LOPEZ	79.896.857	MAESTRO DE OBRA	SANITAS	COLMENA	Colpensiones	Compensar	N/A	27/01/2025	17/01/2025	N/A	N/A
6	CONSORCIO ZF	CARLOS ARTURO SUTA BORRERO	12.120.332	Esp. Estructural					N/A	14/02/2025	24/01/2025	N/A	N/A
7	MAJOLI CONSTRUCCIONES	GABRIEL ESTEBAN BASTO CASTIBLANCO	1.022.418.888	Inspector de obra	FAMISANAR	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	27/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
8	CONSORCIO ZF	JUAN MANUEL PORTILLA BARRERA	1.115.860.388	Esp Electrico	NUEVA EPS S.A.	Seguros bolivar	Porvenir	Compensar	N/A	20/02/2025	24/01/2025	N/A	N/A
9	CONSORCIO FZ	JOSE ALIRIO GOMEZ FLOREZ	80.812.630	Oficial de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	28/01/2025	N/A	N/A
10	CONSORCIO FZ	ANGEL ALVEIRO GUTIERREZ CHINGATE	1.032.656.168	Ayudante de obra	Famisanar	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
11	CONSORCIO FZ	JOSE OLIVERIO PUYU CASSO	111.179.135	Ayudante de obra	Famisanar	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
12	CONSORCIO FZ	RAFAEL ESTEBAN GOMEZ SAMUDIO	1.032.656.012	Ayudante de obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
13	CONSORCIO FZ	JOHAM ANDRES BAQUERO FONSECA	80.811.745	Oficial de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	28/01/2025	N/A	N/A
14	CONSORCIO FZ	NICOLAS DAVID GUTIERREZ CASTRO	1.003.664.020	Ayudante de obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
15	MAJOLI CONSTRUCCIONES	HEINER ALEXANDER PARRA PARRA	1.000.861.532	Ayudante de obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
16	MAJOLI CONSTRUCCIONES	IVAN MIGUEL MEJIA ORTEGA	84.035.488	Oficial de obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	11/02/2025	05/02/2025	N/A	N/A
17	MAJOLI CONSTRUCCIONES	ELVIS JULIAN FAJARDO DIAZ	1.032.656.068	Ayudante de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
18	MAJOLI CONSTRUCCIONES	FABIAN DANILO DIAZ DIAZ	1.022.988.379	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
19	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JAIDER JAHIR RUBIANO ROMERO	1.001.170.075	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Colpensiones	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
20	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JEISSON ANDRES DIAZ RAMIREZ	1.001.170.075	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
21	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOHN JAIRO MORENO MORALES	1.069.752.249	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
22	MAJOLI CONSTRUCCIONES	NOEL PEÑALOZA CELEITA	1.033.784.622	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
23	MAJOLI CONSTRUCCIONES	YEISON ARLEY MORALES PEÑALOZA	1.032.656.071	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Colpensiones	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
24	MAJOLI CONSTRUCCIONES	LUIS EULISES VARGAS FRANCO	1.093.745.054	Oficial de obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	11/02/2025	4/02/2025	N/A	N/A
25	MAJOLI CONSTRUCCIONES	BRAYAN ALECIX PEÑALOZA CORTES	1.022.979.929	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
26	MAJOLI CONSTRUCCIONES	DUVAN ALEXANDER PEÑALOZA VALBUENA	1.007.519.465	Ayudante de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
27	MAJOLI CONSTRUCCIONES	ELKIN ESTIVEN CARO PEÑALOZA	1.032.656.213	Ayudante de Obra		Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
28	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOSE GENALDO PEÑALOZA RAMIREZ	3.232.214	Ayudante de Obra	Famisanar	Sura	Porvenir	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
29	CONSORCIO FZ	JOSE JEFERSON VIUCHE VIUCHE	1.006.093.160	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
30	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOSE JUAN LOPEZ DIAZ	1.054.780.565	Conductor	Nueva eps	Colmena	Porvenir	Compensar	N/A	6/02/2025	9/10/2024	N/A	N/A
PERSONAL ANTIGUO													
RETIRO													
INGRESO - RETIRO													
31	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JULIAN MANUEL QUIROGA PALACIOS	1.001.287.552	Ayudante de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	N/A	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A

N.A.P. : No aplica en el período

Para diligenciar columna Fecha de examen de egreso utilice las siguientes siglas:

Oe: entrega de orden para examen de egreso
RSA: retiro sin aviso
Fecha: fecha en que se realizo en examen de egreso

(Firma):
(Nombre): JOHANNA KATERINE MARTINEZ VARELA
Profesional SST Contratista de Obra

(Firma):
(Nombre)
Profesional SST Interventoría

ANEXO 4. Entrega de EPP

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	John Jairo Moreno	CEDULA No.	1069752249	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San Jose.	No de entrega	01.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	—	27/01/2025	JHON
2	guantes vaqueta.	1	—	27/01/2025	JHON
3	gafas de seguridad	1	—	27/01/2025	JHON
4	Pantalon	1	38	27/01/2025	JHON.
5	Guantes vaqueta	1	/	4/02/25.	JHON
	tapaoidos insersion	1	/	4/02/25	JHON

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez V.	CEDULA No.	1069739376
CARGO	Profesional SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: JHON JAIRO MORENO MORALES.

CEDULA No: 1069752249

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Meison Arley Mordles	CEDULA No.	1032656071	CARGO	Ayudante.
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San Jose.	No de entrega	01

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	—	27/01/2025	
2	guantes	1	—	27/01/25	
3	GaFas	1	—	27/01/25	
4	Pantalon	1	30	27/01/25	
5	tapabocas	1	—	27/01/25	
	guantes + tapaoidos	1	—	4/02/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez V.	CEDULA No.	1069739376
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1032656071

ELABORO: HENRY CASTANEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jose Jeferson Viuche Viuche	CEDULA No.	1006093160	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San juan.	No de entrega	01.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas punta de acero	1	42	27/01/25	Jose Viuche
2	Pantalon	1	32	27/01/25	Jose Viuche
3	Camibuzo	1	M	27/01/25	Jose Viuche
4	Guantes	1	/	27/01/25	Jose Viuche
5	Casco	1	/	27/01/25	Jose Viuche
	tapaboca	1	/	27/01/25	Jose Viuche

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1069739376
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo só pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Jose Viuche

CEDULA No: 1006093160

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Elkin Cano	CEDULA No.	1032656203	CARGO	Ayudante de obra.
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San Juan	No de entrega	01

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	/	27/01/25	Elkin
2	Botas de seguridad	1	40	27/01/25	Elkin
3	Pantalon y cambuzo	1+1	30-M	27/01/25	Elkin
4	Guantes Nitrilo	1	/	27/01/25	Elkin
5	Gafas	1	/	27/01/25	Elkin
	Guantes Carnaza	1	/	04/02/25.	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1069739376
CARGO	Sst.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Elkin

CEDULA No: 1032656203

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jose Genaldo Peñaloza	CEDULA No.	3232214	CARGO	Ayudante de obra.
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San Juan.	No de entrega	01

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	casco	1	/	27/01/25	Genaldo Peñaloza
2	Pantalon	1	42	27/01/25	Genaldo Peñaloza
3	Camibuzo	1	XL	27/01/25	Genaldo Peñaloza
4	Botas	1	41	27/01/25	Genaldo Peñaloza
5	Guantes	1	/	27/01/25	Genaldo Peñaloza
	Gafas	1	/	27/01/25	Genaldo Peñaloza

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Genaldo Peñaloza

CEDULA No: 3232214

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Duvan Peñaloza	CEDULA No.	1007519465	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San Juan	No de entrega	01

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	/	27/01/25	Duvan
2	Botas	1	40	27/01/25	Duvan
3	Pantalon	1	32	27/01/25	Duvan
4	Camiburo	1	M	27/01/25	Duvan
5	Guantes	1	—	27/01/25	Duvan
	Gafas	1	—	27/01/25	Duvan

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Duvan

CEDULA No: 1007519465

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Noel Paredes	CEDULA No.	1033784622	CARGO	Ayudante.
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	AREA	San Jose.	No de entrega	01

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	/	27/01/25	
2	guantes	1	/	27/01/25	
3	gafas	1	/	27/01/25	
4	Pantalon	1	30	27/01/25	
5	tapabocas	1	/	27/01/25	
	Guantes. Yogurta. Hapabocas. I	1	/	4/02/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1069739376
CARGO	Sst	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1033784622.

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Luis Vargas.	CEDULA No.	1093745054	CARGO	Oficial de obra.
DEPARTAMENTO	Cundinamarca.	AREA	San Jose.	No de entrega	1.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas	1	39		Luis Vargas
2	pantalon	1			Luis Vargas
3	casco	1	/		Luis Vargas
4	Camibata	1	M.		Luis Vargas
5	Guantes	1	/		Luis Vargas

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1067739376.
CARGO	sst.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1093745054 Luis Vargas.

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Fabian Danilo Diaz Diaz	CEDULA No.	1022988379	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las mismas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	Danilo Diaz
2	overol	1		29/01/25	Danilo Diaz
3	gafas.	1		29/01/25	Danilo Diaz
4	guantes	1		29/01/25	Danilo Diaz
5	protección auditiva	1		29/01/25	Danilo Diaz
	overol.	1		29/01/25	Danilo Diaz

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Fabian Danilo Diaz Diaz

CEDULA No: 1022988379

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Johan M. Barrero	CEDULA No.	80 811 745	CARGO	OFICIAL
DEPARTAMENTO	Ins animales	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	casco	1		29/01/25	
3	gafas.	1		29/01/25	
4	guantes	1		29/01/25	
5	protección auditiva	1		29/01/25	
	overol.	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johan Barrero	CEDULA No.	80 811 745
CARGO	oficial	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jeisson Diaz	CEDULA No.	1001170075	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	casco	1		29/01/25	
3	gafas	1		29/01/25	
4	guantes	1		29/01/25	
5	protección auditiva	1		29/01/25	
	uberal.	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1001170075

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Elvis Julian Fadard	CEDULA No.	1032656068	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	gafas	1		29/01/25	
3	guantes	1		29/01/25	
4	casco	1		29/01/25	
5	protección auditiva.	1		29/01/25	
	overol.	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1032656068

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	JOSE GOMEZ	CEDULA No.	80817630	CARGO	OFICIAL
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas.	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ
2	casco	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ
3	proteccion auditiva	1		29/01/25	JOSE A GOMEZ
4	guantes	1		29/01/25	JOSE A GOMEZ
5	gafas transparente	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ
	overol	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

JOSE RICARDO GOMEZ

CEDULA No: 80817630

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Oliver Pava	CEDULA No.	1111794135	CARGO	Practicante
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	casco	1		29/01/25	
3	protección auditiva	1		29/01/25	
4	guantes	1		29/01/25	
5	gafas transparente	1		29/01/25	
	overol	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Us Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL
TR TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIR **FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:**

Oliver

CE **CEDULA No:** 1111794135

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIR FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Heiner Parra	CEDULA No.	1000867532	CARGO	ayudante de obra
DEPARTAMENTO	tabaco.	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1	41	03/02/23	Heiner Parra
2	casco	1		03/02/23	Heiner Parra
3	gafas transparente	1		03/02/23	Heiner Parra
4	guantes	1		03/02/23	Heiner Parra
5	protección auditiva	1		03/02/23	Heiner Parra
		1			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTANEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Nicolas Giraldo	CEDULA No.	1003664020	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	Tuparco.	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas.	1	37	03/02/25	
2	casco	1		03/02/25	
3	gafas transparente	1		03/02/25	
4	guantes	1		03/02/25	
5	proteccion auditiva	1		03/02/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.
CARGO		FIRMA

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Esteban Garcia	CEDULA No.	1037655072	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas.	1		29/01/25	Esteban
2	casco	1		29/01/25	Esteba
3	gafas transparente	1		29/01/25	Esteban
4	guantes	1		29/01/25	Esteban
5	protección auditiva.	1		29/01/25	Esteban
	overol.	1		29/01/25	Esteban

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Esteban

CEDULA No: 1037655072

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: ABRIL 27 DE 2016	FE+A1:J36CHA APROBACION: MAYO 20 DE 2016

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

OMBRE DEL UNCIONARIO	Angel Alveiro Gutierrez	CEDULA No.	1032656168	CARGO	ayudante
TAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
botas	1		29/01/25	Angel Alveiro Gutierrez
casco	1		29/01/25	Angel Alveiro Gutierrez
gafas transparentes	1		29/01/25	Angel Alveiro Gutierrez
guantes	1		29/01/25	Angel Alveiro Gutierrez
proteccion auditiva	1		29/01/25	Angel Alveiro Gutierrez
overol	1		29/01/25	Angel Alveiro Gutierrez

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

mprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a nestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
lo los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL AJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El sente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

A DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Angel Alveiro Gutierrez

ULA No: 1032656168

ORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
MA	FIRMA.

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Fabian Danilo Diaz Diaz	CEDULA No.	1022988379	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las mismas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	Danilo Diaz
2	overol	1		29/01/25	Danilo Diaz
3	gafas.	1		29/01/25	Danilo Diaz
4	guantes	1		29/01/25	Danilo Diaz
5	protección auditiva	1		29/01/25	Danilo Diaz
	overol.	1		29/01/25	Danilo Diaz

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Fabian Danilo Diaz Diaz

CEDULA No: 1022988379

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Johan M. Barrero	CEDULA No.	80 811 745	CARGO	OFICIAL
DEPARTAMENTO	Ins animales	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	casco	1		29/01/25	
3	gafas.	1		29/01/25	
4	guantes	1		29/01/25	
5	protección auditiva	1		29/01/25	
	overol.	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johan Barrero	CEDULA No.	80 811 745
CARGO	oficial	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jeisson Diaz	CEDULA No.	1001170075	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	casco	1		29/01/25	
3	gafas	1		29/01/25	
4	guantes	1		29/01/25	
5	protección auditiva	1		29/01/25	
	uberal.	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1001170075

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Elvis Julian Fadard	CEDULA No.	1032656068	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	gafas	1		29/01/25	
3	guantes	1		29/01/25	
4	casco	1		29/01/25	
5	protección auditiva.	1		29/01/25	
	overol.	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1032656068

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	pedro	CEDULA No.	79425432	CARGO	AYudanTe
DEPARTAMENTO	los animales	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/03/25	pedro moreno
2	casco	1		13/03/25	pedro moreno
3	guantes	1		13/03/25	pedro moreno
4	gafas.	1		13/03/25	pedro moreno
5	protectores auditivos	1		13/03/25	pedro moreno
	overol.	1		13/03/25	pedro moreno

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 79425432

ELABORO: HENRY CASTANEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA: pedro moreno	FIRMA: pedro moreno

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	JOSE GOMEZ	CEDULA No.	80817630	CARGO	OFICIAL
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas.	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ
2	casco	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ
3	proteccion auditiva	1		29/01/25	JOSE A GOMEZ
4	guantes	1		29/01/25	JOSE A GOMEZ
5	gafas transparente	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ
	overol	1		29/01/25	JOSE R GOMEZ

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

JOSE RICARDO GOMEZ

CEDULA No: 80817630

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Oliver Pava	CEDULA No.	1111794135	CARGO	Practicante
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		29/01/25	
2	casco	1		29/01/25	
3	protección auditiva	1		29/01/25	
4	guantes	1		29/01/25	
5	gafas transparente	1		29/01/25	
	overol	1		29/01/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Us Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL
TR TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIR **FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:**

Oliver

CE **CEDULA No:** 1111794135

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIR FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Esteban Garcia	CEDULA No.	1037655072	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas.	1		29/01/25	Esteban
2	casco	1		29/01/25	Esteba
3	gafas transparente	1		29/01/25	Esteban
4	guantes	1		29/01/25	Esteban
5	protección auditiva.	1		29/01/25	Esteban
	overol.	1		29/01/25	Esteban

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Esteban

CEDULA No: 1037655072

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: ABRIL 27 DE 2016	FE+A1:J36CHA APROBACION: MAYO 20 DE 2016

Powered by CamScanner

ANEXO 5. Certificación AT

Medellín, 28 de febrero de 2025

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

HACE CONSTAR

Que la empresa MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS, NIT N901673135, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de febrero de 2025 hasta el 28 de febrero de 2025.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.59.3.107, 198.143.41.22, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 6. Certificado de pago de S. S y planillas de pago S.S.

Bogotá, 28 de febrero del 2025

Señores

SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

Ref.: Certificado aportes de seguridad social y parafiscales

Yo **KATHERINE RIOS PORTILLA** identificada con cedula de ciudadanía numero 1010196116 permito certificar en mi condición de REPRESENTANTE LEGAL del **CONSORCIO ZF** identificado con NIT: 901.891.370-0 se encuentra a paz y salvo en el pago de sus aportes a los sistemas de salud, ARL, pensión y caja de compensación familiar.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Firma:



KATHERINE RIOS PORTILLA
C.C.: 1010196116 de Bogotá
Representante Legal
CONSORCIO ZF

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1276974919	9481804404	E	2025/02/10	2025/02/19	BANCO CAJA SOCIAL	9	$3,491,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80811745	BAQUERO JOHAM	X																	230201	2	$94,900	$15,200	EPS002	2	$94,900	$3,800	CCF22	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
2	CC	1022418888	BASTO GABRIEL							X											230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	3086207	BASTO GABRIEL							X											231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	1032656213	CARO ELKIN	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
5	CC	1120740666	CERVANTES YEISON	X																	230301	18	$854,100	$136,700	EPS017	18	$854,100	$34,200	CCF22	18	$854,100	$34,200	14-11	18	$854,100	$59,500	18	$0	$0	Si	$264,600
6	CC	1022988379	DIAZ FABIAN	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPSC34	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
7	CC	1001170075	DIAZ JEISSON	X																	230201	5	$237,250	$38,000	EPS037	5	$237,250	$9,500	CCF22	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$73,600
8	CC	1001170010	DIAZ JONATAN	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
9	CC	1032656068	FAJARDO ELVIS	X																	230201	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
10	CC	80120885	GOMEZ EDUART	X	X																230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
11	CC	80812630	GOMEZ JOSE	X																	230201	2	$94,900	$15,200	EPS017	2	$94,900	$3,800	CCF22	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
12	CC	1032656071	MORALES YEISON	X																	25-14	3	$142,350	$22,800	EPS002	3	$142,350	$5,700	CCF22	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$0	$0	Si	$44,200
13	CC	1069752249	MORENO JOHN	X																	230201	6	$284,700	$45,600	EPSC34	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
14	CC	1049629201	PALACIOS JORGE							X											230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
15	CC	1022979929	PEÑALOSA BRAYAN	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPSC34	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
16	CC	1007519465	PEÑALOZA DUVAN	X																	230201	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
17	CC	3232214	PEÑALOZA JOSE	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
18	CC	1033784622	PEÑALOZA NOEL	X																	230301	6	$284,700	$45,600	EPSC34	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
19	CC	1070942335	PUELLO JUAN							X											230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
20	CC	1001287552	QUIROGA JULIAN	X	X																230201	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
21	CC	17815498	REDONDO NICOLAS	X																	230301	18	$854,100	$136,700	EPS017	18	$854,100	$34,200	CCF22	18	$854,100	$34,200	14-11	18	$854,100	$59,500	18	$0	$0	Si	$264,600
22	CC	1001170079	RUBIANO JAIDER	X																	25-14	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
23	CC	1006093160	VIUCHE JOSE	X																	230201	6	$284,700	$45,600	EPSC34	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
Total	**Afiliados(23)**																						$11,198,200	$1,792,600			$11,198,200	$448,400			$11,198,200	$448,400			$11,198,200	$781,100		$0	$0		$3,470,500

2025/02/19 07:03 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1276974919	9481804404	E	2025/02/10	2025/02/19	BANCO CAJA SOCIAL	9	$3,491,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				23	$1,792,600	$10,900	$0	$1,803,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$1,400	$0	$229,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$68,400	$500	$0	$68,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$1,002,600	$6,000	$0	$1,008,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	10	$493,800	$3,000	$0	$496,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$781,100	$4,700	$0	$785,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	23	$781,100	$4,700	$0	$785,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$448,400	$2,700	$0	$451,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	23	$448,400	$2,700	$0	$451,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				23	$448,400	$2,900	$0	$451,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	5	$57,000	$400	$0	$57,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	12	$347,700	$2,100	$0	$349,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$9,500	$100	$0	$9,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$34,200	$300	$0	$34,500
TOTAL				**23**	**$3,470,500**	**$21,200**	**$0**	**$3,491,700**

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CONSORCIO ZF	**NIT:**	901891370
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	83995536	**Total a pagar:**	$2,155,500
Fecha de vencimiento:	18/02/2025	**Total de empleados:**	5
Fecha de Pago:	06/02/2025	**Número de Administradoras:**	7

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	1248700415
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	5		$0	$484,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$568,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$101,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	3		$0	$443,900
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	5		$0	$278,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	4		$0	$265,200
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$13,400
						$2,155,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901891370-0	CONSORCIO ZF	PARQUE INDUSTRIAL CELTA BOD 153 A	8234089	talentohumano@ingetecho.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E		83995536	$2.155.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	265.200	0		0		0	0	0	0	265.200	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	13.400	0		0		0	0	0	0	13.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	568.800	0	0	0	0	0	0		568.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	101.000	0	0	0	0	0	0		101.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	443.900	0	0	0	0	0	0		443.900	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	484.600				484.600	0	0	484.600			4.846	484.600	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	278.600	0	0	278.600	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	278.600	278.600
Pensión	3	1.113.700	1.113.700
Riesgos Laborales	1	484.600	484.600
CCF	1	278.600	278.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.155.500	2.155.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901891370-0	CONSORCIO ZF	PARQUE INDUSTRIAL CELTA BOD 153 A	8234089	talentohumano@ingetecho.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E		83995536	$2.155.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018447418	UMAÑA SANTIAGO IVAN DARIO	1	0			S	X																25-14	946.800	151.500	0	0	0	0	EPS005	946.800	37.900	14-25	946.800	5	65.900	CCF24	946.800	37.900	0	0	0	0	0
2	CC	1069739376	MARTINEZ VARELA JOHANNA KATERINE	1	0			S	X																25-14	333.334	53.400	0	0	0	0	EPS037	333.334	13.400	14-25	333.334	5	23.300	CCF24	333.334	13.400	0	0	0	0	0
3	CC	1082065177	GUILLEN HERNANDEZ AURI ESTELA	1	0			S	X																230301	631.200	101.000	0	0	0	0	EPS005	631.200	25.300	14-25	631.200	5	44.000	CCF24	631.200	25.300	0	0	0	0	0
4	CC	79896857	DIAZ LOPEZ JUAN PABLO	1	0			S	X																25-14	1.493.334	239.000	0	0	0	0	EPS005	1.493.334	59.800	14-25	1.493.334	5	104.000	CCF24	1.493.334	59.800	0	0	0	0	0
5	CC	85466135	ROCHA SANCHEZ FELIPE JAVIER	1	0			S	X							X									230201	3.554.381	568.800	0	0	0	0	EPS005	3.554.381	142.200	14-25	3.554.381	5	247.400	CCF24	3.554.381	142.200	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1312907652	9482265972	E	2025/02/10	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	23	$30,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUMAPAZ (1 Afiliados)																						$94,900	$15,200			$94,900	$3,800			$94,900	$3,800			$94,900		$6,700		$0	$0		$29,500
Centro de Trabajo: SUMAPAZ (1 Afiliados)																						$94,900	$15,200			$94,900	$3,800			$94,900	$3,800			$94,900		$6,700		$0	$0		$29,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$94,900	$15,200			$94,900	$3,800			$94,900	$3,800			$94,900		$6,700		$0	$0		$29,500
1	CC	1000861532	PARRA HEINER	X																25-14	2	$94,900	$15,200	EPS002	2	$94,900	$3,800	CCF22	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	6.960%	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
Total	**Afiliados(1)**																					$94,900	$15,200			$94,900	$3,800			$94,900	$3,800			$94,900		$6,700		$0	$0		$29,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1312907652	9482265972	E	2025/02/10	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	23	$30,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,200	$300	$0	$15,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$15,200	$300	$0	$15,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$200	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,700	$200	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,800	$100	$0	$3,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$3,800	$100	$0	$3,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,800	$100	$0	$3,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$3,800	$100	$0	$3,900
TOTAL				**1**	**$29,500**	**$700**	**$0**	**$30,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1327265669	9483009362	E	2025/02/10	2025/03/11	BANCO CAJA SOCIAL	29	$60,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (4 Afiliados)																							$189,800	$30,400			$189,800	$7,600			$189,800	$7,600			$189,800		$13,600		$0	$0		$59,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (4 Afiliados)																							$189,800	$30,400			$189,800	$7,600			$189,800	$7,600			$189,800		$13,600		$0	$0		$59,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																							$189,800	$30,400			$189,800	$7,600			$189,800	$7,600			$189,800		$13,600		$0	$0		$59,200
1	CC	1032656012	GOMEZ RAFAEL	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPSC34	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
2	CC	1032656168	GUTIERREZ ANGEL	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
3	CC	1003664020	GUTIERREZ NICOLAS	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
4	CC	1111794135	PUYU JOSE	X																	230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
Total			**Afiliados(4)**																				$189,800	$30,400			$189,800	$7,600			$189,800	$7,600			$189,800		$13,600		$0	$0		$59,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1327265669	9483009362	E	2025/02/10	2025/03/11	BANCO CAJA SOCIAL	29	$60,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$30,400	$600	$0	$31,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$30,400	$600	$0	$31,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$13,600	$300	$0	$13,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$13,600	$300	$0	$13,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$7,600	$200	$0	$7,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	4	$7,600	$200	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$7,600	$300	$0	$7,900
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$1,900	$100	$0	$2,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$3,800	$100	$0	$3,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,900	$100	$0	$2,000
TOTAL				**4**	**$59,200**	**$1,400**	**$0**	**$60,600**

ANEXO 7. Inspecciones

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: San Jose	Contratista: Mayolí
Inspeccionado Por: Johanna Katerine Martinez	Cargo: SST
Reportado a : Ivan Jairo Moreno	Cargo: Ayudante - Encargado
Fecha del: 27/01/2025 Al: 2/02/2025	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	METROS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
4	PALAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	PICAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	BARRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	ALICATES	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	PINZAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	MACETAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	PORRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	MARTILLOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	LIMAS															
1	PALUSTRES															
1	SEGUETA	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
1	MACHETE															
1	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
1	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA															
1	HOMBRESOLO															

Observaciones: Son herramientas nuevas, NO quedan compromisos pdtes.

Responsable de corregir la condición por parte del contratista:	N/A	Para la fecha:	N/A.
Firma: N/A			
Fecha verificación compromisos:	N/A.		

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1	
		FOS-SST-015	
	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA: San Juan

FECHA: 31/1/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados		X	
2	Apilamiento inapropiado de materiales		X	
3	Áreas de circulación bloqueadas		X	
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	X		
5	Estantes sobrecargados			X
6	Lugares de almacenamiento sucios		X	
7	Material colocado en lugares alejados		X	
8	Material dañado		X	
9	Materiales que se oxidan		X	
10	Lámparas sucias			X
11	Paredes sucias	X		
12	Pisos sucios	X		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas		X	
14	Las canecas se encuentran rotuladas		X	
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	X		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada		X	
17	Los desechos son depositados según su naturaleza		X	
18	Se da el uso adecuado a las canecas			X
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	X		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	X		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo		X	
22	Hay suficientes servicios sanitarios	X		
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos		X	

OBSERVACIONES: Esta es la Semana de ingreso al proyecto donde se evidencia Falta en algunos item, los Cuales Se hara gestion para los mismos.

Inspeccionado por: Kurtz

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1	
		FOS-SST-015	
	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : San Jose

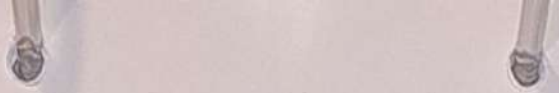
FECHA: 1 /02/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados		X	
2	Apilamiento inapropiado de materiales		X	
3	Áreas de circulación bloqueadas		X	
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	X		
5	Estantes sobrecargados			X
6	Lugares de almacenamiento sucios		X	
7	Material colocado en lugares alejados		X	
8	Material dañado		X	
9	Materiales que se oxidan		X	
10	Lámparas sucias			X
11	Paredes sucias	X		
12	Pisos sucios	X		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas		X	
14	Las canecas se encuentran rotuladas		X	
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	X		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada		X	
17	Los desechos son depositados según su naturaleza		X	
18	Se da el uso adecuado a las canecas			X
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	X		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	X		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo		X	
22	Hay suficientes servicios sanitarios	X		
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos		X	

OBSERVACIONES: Esta Semana se dio ingreso al proyecto motivo por el cual se evidencia Falencias en algunos items para ello se hara la gestion para el cumplimiento de los mismos.

Inspeccionado por: Kevin Ruiz.

Powered by CamScanner



	INSPECCIÓN DE PULIDORA	CODIGO: SST-FOS-064 FECHA: 27/03/2023 VERSIÓN:001
Actividad a realizar:	FECHA DE INICIO: 10/02/2025	FECHA FINAL: 15/02/2025
	MARCA: Rewalt.	CANTIDAD DE PULIDORAS: 1.
	MODELO:	

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Luis Vargas	1091334504	oficial					Aviscargo		
Jhon Moreno	1069351140	AYUDANTE.					JHOP M.	DHOP M.	
Abel Pradoza Cebeto	1033211622	Ayudante.							
Yeison Ariel Urrutia	1031656049	Ayudante							

INSPECCION

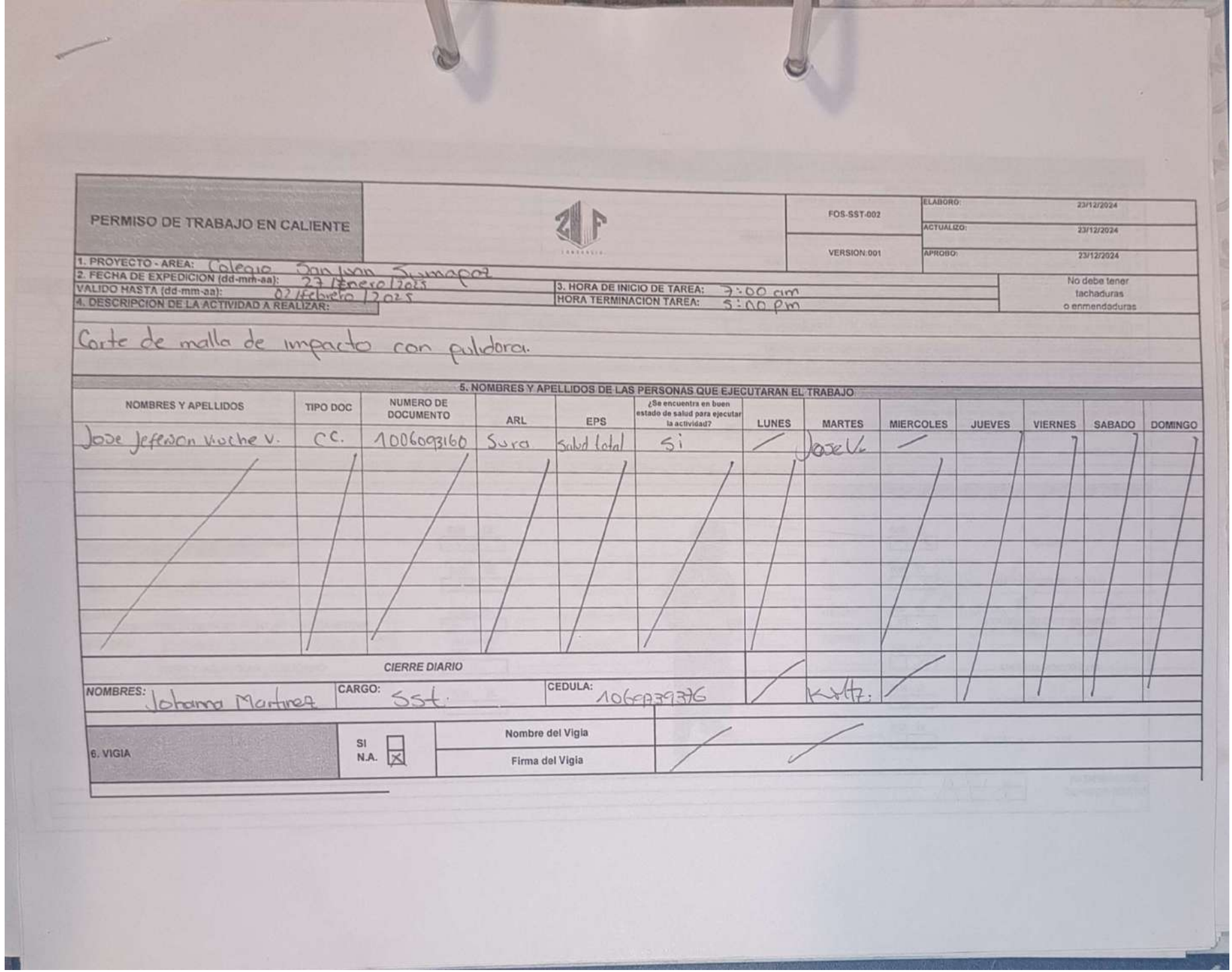
ITEMS A INSPECCIONAR	APLICA SI	APLICA NO	LUNES C	LUNES NC	MARTES C	MARTES NC	MIERCOLES C	MIERCOLES NC	JUEVES C	JUEVES NC	VIERNES C	VIERNES NC	SABADO C	SABADO NC	DOMINGO C	DOMINGO NC
Guardas o carcasa de seguridad	✓								✓		✓		✓			
Estado del Disco	✓								✓		✓		✓			
Manga o puntos de apoyo	✓								✓		✓		✓			
Cuerpo de pulidora	✓								✓		✓		✓			
Interruptores/pulsadores electricos de encendido y apagado	✓								✓		✓		✓			
Extensión electrica	✓								✓		✓		✓			
Tuerca y contratuerca (asegurar disco)	✓								✓		✓		✓			
Estado General (astes, fisuras,roturas)	✓								✓		✓		✓			

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONO							
NOMBRE: VBO DE INSPECCIONES DIARIAS SST:				Knoltz	Knoltz.	Knoltz	

CONVENCIONES: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner



PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE		FOS-SST-002	ELABORO: 23/12/2024
			ACTUALIZO: 23/12/2024
		VERSION:001	APROBO: 23/12/2024

1. PROYECTO - AREA: Colegio San Juan Sumapaz
2. FECHA DE EXPEDICION (dd-mm-aa): 27 Enero 2025
VALIDO HASTA (dd-mm-aa): 02 Febrero 2025
3. HORA DE INICIO DE TAREA: 7:00 am
HORA TERMINACION TAREA: 5:00 pm

No debe tener tachaduras o enmendaduras

4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR:

Corte de malla de impacto con pulidora.

5. NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC	NUMERO DE DOCUMENTO	ARL	EPS	¿Se encuentra en buen estado de salud para ejecutar la actividad?	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jose Jefferson Vache V.	CC.	1006093160	Sura	Salud total	Si	/	Jose V.	/				

CIERRE DIARIO												
NOMBRES: Johanna Martinez	CARGO: SST.	CEDULA: 1064979376										

6. VIGIA	SI N.A. [X]	Nombre del Vigia	
		Firma del Vigia	

Powered by CamScanner

7. LISTA DE VERIFICACION

A. MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES

		SI	No	N/A
1.	Extintor disponible o a menos de 3 mt. Tipo vencimiento	X		
2.	Se han definido y comunicado los procedimientos de seguridad para la tarea	X		
3.	El personal conoce los procedimientos en caso de emergencia	X		
4.	El personal tiene competencias para realizar la actividad	X		
5.	El área de trabajo está suficientemente alejada de materiales combustibles e inflamables	X		
6.	El área cuenta con adecuada señalización y delimitación	X		
7.	Equipos y herramientas adicionales para la actividad se encuentran en buen estado	X		
8.	Extensiones eléctricas sin cables expuestos, clavijas en buen estado, etc	X		
9.	Son adecuadas las condiciones climáticas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica			X

B. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA TRABAJOS EN CALIENTE

		SI	No	N/A
12.	Las pinzas (porta electrodo y masa) y las boquillas se encuentran en buenas condiciones			X
13.	El carro de oxicorte está en buen estado (botellas amarradas, sin roturas, llantas			X
14.	Buen estado de mangueras y cables			X
15.	Las conexiones eléctricas, suiches y válvulas son correctas y están en buen estado	X		
16.	La herramienta cuenta con guardas de seguridad, mangos instalados y en buen estado	X		
17.	Manómetros y los 4 atrapallamas están instalados correctamente y funcionando			X
18.	Las conexiones a tierra están funcionan adecuadamente (terminales y masa			X
19.	El equipo de soldar se encuentra en buen estado			X
20.	El equipo de oxicorte se encuentra en buen estado			X
21.	Las herramientas para esmerilado se encuentran en buen estado			X

Otros ¿Cuáles?

8. EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y DE SEGURIDAD

	SI	N/A
CASCO	X	
GAFAS DE SEGURIDAD	X	
GUANTES TIPO SOLDADOR		X
PROTECCION AUDITIVA	X	
MASCARA DE ESMERILAR		X
BOTAS SOLDADOR		X



	SI	N/A
CARETA SOLDADOR		X
GAFAS OXICORTE		X
RESPIRADOR Y FILTROS DE HUMOS METALICOS		X
CHAQUETA, PANTALON Y PETO		X
SEÑALIZACION -DEMARCACION	X	

HERRAMIENTAS
OTROS EQUIPOS: N/A

Powered by CamScanner

9. MECANISMO DE ASCENSO

☐ EQUIPO DE OXICORTE ☒ PULIDORA ☐ Otro ¿Cuál? _____

☐ EQUIPO DE SOLDADURA

10. IDENTIFICACION DE LOS MATERIALES Y PRODUCTOS QUE SE VAN A EMPLEAR

☐ Discos de corte. ☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

11. OBSERVACIONES *SE DA POR CANCELADO EL PERMISO EN CASO DE LLUVIA O POR IMCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD*

12. EMISOR DEL PERMISO

Responsable SST		Responsable de la operación de rescate		Responsable del grupo de trabajo	
FIRMA	Kuhtz.	FIRMA	Kuhtz.	FIRMA	
CARGO	coordinador sst.	CARGO	coordinador - sst.	CARGO	Residente de obra.
NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	NOMBRE	Avi Guillen Hdz.

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

FOS-SST-002	ELABORO: 23/12/2024
	ACTUALIZO: 23/12/2024
VERSION:001	APROBO: 23/12/2024

1. PROYECTO - AREA: Colegio San Juan
2. FECHA DE EXPEDICION (dd-mm-aa): 3/02/2025
VALIDO HASTA (dd-mm-aa): 9/02/2025
3. HORA DE INICIO DE TAREA: 7:00 am
HORA TERMINACION TAREA: 5:00 pm

No debe tener tachaduras o enmendaduras

4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR:

Corteo con pulidora, Demolicion con rotomartillo

5. NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC	NUMERO DE DOCUMENTO	ARL	EPS	¿Se encuentra en buen estado de salud para ejecutar la actividad?	3/02/25 LUNES	04/02/25 MARTES	05/02/25 MIERCOLES	06/02/25 JUEVES	07/02/25 VIERNES	08/02/25 SABADO	DOMINGO
Brayan Peñaloza	CC	1022979929	Sura	Salud total	Si							
Dylan Peñaloza	CC	1007519465	Sura	Famisanar	Si							
Estiven Caro P.	CC	1032656213	Sura		Si							
Geraldo peñaloza	CC.	3.232.214	Sura	Famisanar	Si							
Jeferson Viuche	CC.	1006093160	Sura	Salud total	Si							

CIERRE DIARIO

NOMBRES:	CARGO:	CEDULA:						
Johanna Katerine Martinez	Sst.	1069739376	Kmtz.			Kmtz.		

6. VIGIA	SI / N.A.	Nombre del Vigia	
	N.A. ☒	Firma del Vigia	

Powered by CamScanner

7. LISTA DE VERIFICACION

A. MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES

		SI	No	N/A
1.	Extintor disponible o a menos de 3 mt. Tipo vencimiento	X		
2.	Se han definido y comunicado los procedimientos de seguridad para la tarea	X		
3.	El personal conoce los procedimientos en caso de emergencia	X		
4.	El personal tiene competencias para realizar la actividad	X		
5.	El área de trabajo está suficientemente alejada de materiales combustibles e inflamables	X		
6.	El área cuenta con adecuada señalización y delimitación	X		
7.	Equipos y herramientas adicionales para la actividad se encuentran en buen estado	X		
8.	Extensiones eléctricas sin cables expuestos, clavijas en buen estado, etc	X		
9.	Son adecuadas las condiciones climáticas (lluvia, vientos, tormenta eléctrica	X		

B. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA TRABAJOS EN CALIENTE

		SI	No	N/A
12.	Las pinzas (porta electrodo y masa) y las boquillas se encuentran en buenas condiciones			X
13.	El carro de oxicorte está en buen estado (botellas amarradas, sin roturas, llantas			X
14.	Buen estado de mangueras y cables			X
15.	Las conexiones eléctricas, suiches y válvulas son correctas y están en buen estado	X		
16.	La herramienta cuenta con guardas de seguridad, mangos instalados y en buen estado	X		
17.	Manómetros y los 4 atrapallamas están instalados correctamente y funcionando			X
18.	Las conexiones a tierra están funcionan adecuadamente (terminales y masa			X
19.	El equipo de soldar se encuentra en buen estado			X
20.	El equipo de oxicorte se encuentra en buen estado			X
21.	Las herramientas para esmerilado se encuentran en buen estado			X

Otros ¿Cuáles? _____

8. EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y DE SEGURIDAD

	SI	N/A
CASCO	X	
GAFAS DE SEGURIDAD	X	
GUANTES TIPO SOLDADOR	X	
PROTECCION AUDITIVA	X	
MASCARA DE ESMERILAR		X
BOTAS SOLDADOR		X



	SI	N/A
CARETA SOLDADOR		X
GAFAS OXICORTE		X
RESPIRADOR Y FILTROS DE HUMOS METALICOS		X
CHAQUETA, PANTALON Y PETO		X
SEÑALIZACION -DEMARCACION	X	

HERRAMIENTAS OTROS EQUIPOS: N/A

Powered by CamScanner

9. MECANISMO DE ASCENSO

☐ EQUIPO DE OXICORTE ☒ PULIDORA ☐ Otro ¿Cuál? _____

☐ EQUIPO DE SOLDADURA

10. IDENTIFICACION DE LOS MATERIALES Y PRODUCTOS QUE SE VAN A EMPLEAR

☐ Discos de corte. ☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

11. OBSERVACIONES *SE DA POR CANCELADO EL PERMISO EN CASO DE LLUVIA O POR IMCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD*

12. EMISOR DEL PERMISO

	Responsable SST	Responsable de la operación de rescate	Responsable del grupo de trabajo
FIRMA	Kuhfz.	Knofz.	Acri Guillén Hdz.
CARGO	Coordinadora SST.	Coodinador SST.	Residente Obra.
NOMBRE	Johanna Katerine Martinez.	Johanna Valerie Martinez.	Acri Guillén Hdz.

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

FOR-SST-002 | VERSION 001

ELABORO:	12/09/24
ACTUALIZO:	12/09/24
APROBO:	12/09/24

1. PROYECTO / AREA: Jose Jesus Hurtado
2. FECHA DE EXPEDICION (dd-mm-aa): 12/09/2024
VALIDO HASTA (dd-mm-aa): 12/09/2024
3. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR: Cerramientos en lona, Excavación 2 capota, trasiego RCD.
4. HORA DE INICIO DE TAREA: 7:00 am
HORA TERMINACION TAREA: 5:00 pm
No debe tener: tachaduras o enmendaduras

5. NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC	NUMERO DE DOCUMENTO	ARL	EPS	¿Se encuentra en buen estado de salud para ejecutar la actividad?	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
JHON MORENO	CC	1033721622	Sura	Salud total	SI	/	/	/	/	JHON	JHON	/
Yael Penaloza C	CC	1033721622	Sura	Salud total	SI	/	/	/	/	/	/	/
Yeison Montes	CC	1022ecc11	Sura	Salud total	SI	/	/	/	/	/	/	/

CIERRE DIARIO

NOMBRES: Johana Montoya CARGO: SST CEDULA: 1067737776 / / / KMTO KMTO KMTO /

6. VIGIA: SI / N.A. (N/A) | Nombre del Vigia | Firma del Vigia

7. LISTA DE VERIFICACION

A. MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES	SI	No	N/A
1. Extintor disponible a la mano de 3 mt. Tipo seleccionado	X		
2. Se han definido y comunicado los procedimientos de seguridad para la tarea	X		
3. El personal conoce los procedimientos en caso de emergencia	X		
4. El personal tiene competencias para realizar la actividad	X		
5. El área de trabajo está suficientemente alejada de materiales combustibles e inflamables	X		
6. El área cuenta con adecuada señalización y delimitación	X		
7. Equipos y herramientas adicionales para la actividad se encuentran en buen estado	X		
8. Extensiones eléctricas sin cables expuestos, clavijas en buen estado, etc	X		
9. Son adecuadas las condiciones climáticas (lluvia, viento, tormenta eléctrica			X

B. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA TRABAJOS EN CALIENTE	SI	No	N/A
12. Las pinzas (porta electrodo y masa) y las boquillas se encuentran en buenas condiciones			X
13. El carro de oxicorte está en buen estado (ruedas amarradas, sin roturas, llantas			X
14. Buen estado de mangueras y cables	X		
15. Las conexiones eléctricas, suiches y válvulas son correctas y están en buen estado	X		
16. La herramienta cuenta con guantes de seguridad, mangos instalados y en buen estado			X
17. Manometros y los 4 arrestallamas están instalados correctamente y funcionando			X
18. Las conexiones a tierra están funcionan adecuadamente (terminales y masa			X
19. El equipo de soldar se encuentra en buen estado			X
20. El equipo de oxicorte se encuentra en buen estado			X
21. Las herramientas para esmerilado se encuentran en buen estado			X

Otros ¿Cuáles?

8. EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y DE SEGURIDAD



	SI	N/A
CASCO	X	
GAFAS DE SEGURIDAD	X	
GUANTES TIPO SOLDADOR	X	
PROTECCION AUDITIVA	X	
MASCARA DE ESMERILAR	X	
BOTAS SOLDADOR	X	
CARETA SOLDADOR		X
GAFAS OXICORTE		X
RESPIRADOR Y FILTROS DE HUMOS METALICOS		X
CHAQUETA, PANTALON Y PETO		X
SEÑALIZACION -DEMARCACION		X

HERRAMIENTAS OTROS EQUIPOS: N/A.

9. MECANISMO DE ASCENSO

☐ EQUIPO DE OXICORTE ☒ PULIDORA ☑ Otro ¿Cuál? Rotomartillo

☐ EQUIPO DE SOLDADURA

10. IDENTIFICACION DE LOS MATERIALES Y PRODUCTOS QUE SE VAN A EMPLEAR

☐ Disco de corte. ☐ _____ ☐ _____

Powered by CamScanner

11. OBSERVACIONES

SE DA POR CANCELADO EL PERMISO EN CASO DE LLUVIA O POR INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD

12. EMISOR DEL PERMISO

Responsable SST		Responsable de la operación de rescate		Responsable del grupo de trabajo
FIRMA	Kevith.	FIRMA	Kevith	FIRMA
CARGO	SST.	CARGO	SST.	CARGO
NOMBRE	Johanna Katerine Molano.	NOMBRE	Johanna Katerine Molano.	NOMBRE

Powered by CamScanner

INSPECCION DE EXTINTORES Y EQUIPOS DE EMERGENCIA		FOS-SST-013
		Version 001: 23-12-2024
		Página 1 de 1

Inspeccionado por: Johanna Katerine Martinez V. Fecha: 03/02/25

Obra / Proyecto Sede los animos.

AREA	UBICACIÓN	FECHA DE RECARGA			FECHA DE VENCIMIENTO			EMPRESA QUE REALIZO LA RECARGA	PRUEBA HIDROESTATICA				TIPO DE EXTINTOR				CAPACIDAD DEL EXTINTOR	INSPECCIÓN								OBSERVACIONES
																		ESTADO DEL CILINDRO		ESTADO DEL MANOMETRO			MANGUERA		FIN DE SEGURIDAD		
		D	M	A	D	M	A		D	M	A	EMPRESA QUE LA HIZO	AGUA	SKF	POS	MULTIPROPOSITO		BUENO	MALO	NO SIRVE	NO TIENE	BUEN ESTADO	NO TIENE	BUEN ESTADO	NO TIENE	BUEN ESTADO	
Los animos	biblioteca	02	25		02	26		Extinsorvi Ltda								/	10 lb	/				/		/		/	

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN

Johanna Katerine Martinez V.	Inspector sst	Katerine Martinez.
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA

Powered by CamScanner

INSPECCION DE EXTINTORES Y EQUIPOS DE EMERGENCIA		FOS-SST-013 Version 001; 23-12-2024 Página 1 de 1

Inspeccionado por: Johanna Katerine Martinez V. Fecha: 03/02/25

Obra / Proyecto: Sede tabaco

AREA	UBICACIÓN	FECHA DE RECARGA			FECHA DE VENCIMIENTO			EMPRESA QUE REALIZO LA RECARGA	PRUEBA HIDROESTATICA				TIPO DE EXTINTOR				CAPACIDAD DEL EXTINTOR	INSPECCIÓN								OBSERVACIONES
		D	M	A	D	M	A		D	M	A	EMPRESA QUE LA HIZO	AGUA	SKT	PQS	MULTIPROPOSITO		ESTADO DEL CILINDRO		ESTADO DEL MANOMETRO			MANGUERA		PIN DE SEGURIDAD		
																		BUENO	MALO	NO SIRVE	NO TIENE	BUEN ESTADO	NO TIENE	BUEN ESTADO	NO TIENE	BUEN ESTADO	
tabaco	biblioteca		10	24		10	25	gases								✓		✓				✓		✓		✓	

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN

Johanna Katerine Martinez V.	Inspector sst	Katerine Martinez.
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA

Powered by CamScanner

INSPECCION DE EXTINTORES Y EQUIPOS DE EMERGENCIA		FOS-SST-013 Version 001; 23-12-2024 Página 1 de 1

Inspeccionado por: Johanna Katerine Martinez V. **Fecha:** 03/02/25

Obra / Proyecto Sede laguna verde.

AREA	UBICACIÓN	FECHA DE RECARGA			FECHA DE VENCIMIENTO			EMPRESA QUE REALIZO LA RECARGA	PRUEBA HIDROESTATICA				TIPO DE EXTINTOR				CAPACIDAD DEL EXTINTOR	INSPECCIÓN								OBSERVACIONES
		D	M	A	D	M	A		D	M	A	EMPRESA QUE LA HIZO	AGUA	SKF	PQS	MULTIPROPOSITO		ESTADO DEL CILINDRO		ESTADO DEL MANOMETRO			MANGUERA		PIN DE SEGURIDAD		
																		BUENO	MALO	NO SIRVE	NO TIENE	BUEN ESTADO	NO TIENE	BUEN ESTADO	NO TIENE	BUEN ESTADO	
laguna verde	obra		02	25		02	26	estudios contra incendio				-				✓	10 LB	✓				✓		✓		✓	

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN

Johanna Katerine Martinez V.	Inspector sst	Katerine Martinez.
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA

Powered by CamScanner

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: laguna verde	Contratista: consorcio ZF
Inspeccionado Por: Katerine Martinez	Cargo: Inspector sst
Reportado a :	Cargo:
Fecha del: 10/02/25 Al: 15/02/25	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
2	METROS	/		/		/		/		/		/				
4	PALAS	/		/		/		/		/		/				
2	PICAS	/		/		/		/		/		/				
1	BARRAS	/		/		/		/		/		/				
1	ALICATES	/		/		/		/		/		/				
0	PINZAS															
1	MACETAS	/		/		/		/		/		/				
1	PORRAS	/		/		/		/		/		/				
2	MARTILLOS	/		/		/		/		/		/				
0	LIMAS															
1	PALUSTRES	/		/		/		/		/		/				
0	SEGUETA															
0	MACHETE	/														
2	DESTORNILLADOR	/		/		/		/		/		/				
0	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA	/		/		/		/		/		/				
0	HOMBRESOLO															

Observaciones				
Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:		
Firma:				
Fecha verificación compromisos:				

Powered by CamScanner

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: Laguna verde	Contratista: consorcio ZF
Inspeccionado Por: Katerine Martinez	Cargo: Inspector sst
Reportado a :	Cargo:
Fecha del: 03/02/25 Al: 08/02/25	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
2	METROS	/		/		/		/		/		/				
4	PALAS	/		/		/		/		/		/				
2	PICAS	/		/		/		/		/		/				
1	BARRAS	/		/		/		/		/		/				
1	ALICATES	/		/												
0	PINZAS															
1	MACETAS	/		/		/		/		/		/				
1	PORRAS	/		/		/		/		/		/				
2	MARTILLOS	/		/		/		/		/		/				
0	LIMAS															
1	PALUSTRES	/		/		/		/		/		/				
0	SEGUETA															
0	MACHETE															
2	DESTORNILLADOR	/		/		/		/		/		/				
0	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA	/		/		/		/		/		/				
0	HOMBRESOLO															

Observaciones

Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:		
Firma:				
Fecha verificación compromisos:				

Powered by CamScanner

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: Sede Lagos animados	**Contratista:** consorcio EF
Inspeccionado Por: Katerine Martinez	**Cargo:** Inspector sst
Reportado a :	**Cargo:**
Fecha del: 10/02/25 **Al:** 15/02/24	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
2	METROS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	PALAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	PICAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	BARRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
10	ALICATES	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	PINZAS															
1	MACETAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	PORRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
10	MARTILLOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LIMAS	·														
0	PALUSTRES	·														
1	SEGUETA	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
10	MACHETE	·		✓		✓		✓		✓		✓				
2	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	HOMBRESOLO															

Observaciones

Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:		
Firma:				
Fecha verificación compromisos:				

Powered by CamScanner

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: Sede Las Animas	**Contratista:** Consorcio ZF.
Inspeccionado Por: Katerine Martinez.	**Cargo:** Inspector sst
Reportado a :	**Cargo:**
Fecha del: 03/02/25 **Al:** 08/02/25	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
2	METROS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	PALAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
3	PICAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	BARRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	ALICATES	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	PINZAS											✓				
1	MACETAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	PORRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	MARTILLOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LIMAS															
0	PALUSTRES	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	SEGUETA															
0	MACHETE															
2	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	HOMBRESOLO															

Observaciones

Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:	
Firma:			
Fecha verificación compromisos:			

Powered by CamScanner

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: Sede Cafam	Contratista: consorcio T.F.
Inspeccionado Por: Katerine Martinez	Cargo: Inspector sst
Reportado a :	Cargo:
Fecha del: 10/02/25 Al: 15/02/25	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	METROS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
3	PALAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	PICAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	BARRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	ALICATES	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	PINZAS															
2	MACETAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	PORRAS															
1	MARTILLOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LIMAS															
0	PALUSTRES															
0	SEGUETA															
0	MACHETE															
2	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	HOMBRESOLO															

Observaciones

Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:	
Firma:			
Fecha verificación compromisos:			

Powered by CamScanner

	PROGRAMA DE INSPECCIONES	Pag 1 de 1	
		FOS-SST-019	
	INSPECCION PRE-USO DE HERRAMIENTAS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

Localización: Sede Labores	**Contratista:** Consorcio F.F.
Inspeccionado Por: Katerine Martinez	**Cargo:** Inspector sst
Reportado a :	**Cargo:**
Fecha del: 03/02/25 **Al:** 08/02/25	

CANTIDAD	ELEMENTOS	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SABAD		DOM		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	METROS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
3	PALAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	PICAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	BARRAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
1	ALICATES	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	PINZAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	MACETAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	PORRAS															
1	MARTILLOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	LIMAS															
0	PALUSTRES															
0	SEGUETA															
0	MACHETE	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
2	DESTORNILLADOR	✓		✓		✓										
0	LLAVE EXPANSIVA															
1	CARRETILLA	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
0	HOMBRESOLO															

Observaciones

Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:		
Firma:				
Fecha verificación compromisos:				

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1 FOS-SST-015	
CONSORCIO	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : Sede Laguna Verde.

FECHA: 03/02/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados	✓		
2	Apilamiento inapropiado de materiales	✓		
3	Áreas de circulación bloqueadas	✓		
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	✓		
5	Estantes sobrecargados	✓		
6	Lugares de almacenamiento sucios	✓		
7	Material colocado en lugares alejados	✓		
8	Material dañado	✓		
9	Materiales que se oxidan	✓		
10	Lámparas sucias	✓		
11	Paredes sucias	✓		
12	Pisos sucios	✓		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas	✓		
14	Las canecas se encuentran rotuladas	✓		
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	✓		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada	✓		
17	Los desechos son depositados según su naturaleza	✓		
18	Se da el uso adecuado a las canecas	✓		
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	✓		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	✓		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo	✓		
22	Hay suficientes servicios sanitarios	✓		
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos	✓		

OBSERVACIONES:

Inspeccionado por: Katerine Martinez.

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1	
		FOS-SST-015	
	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : Sede Bosques Verde

FECHA: 10/02/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados			
2	Apilamiento inapropiado de materiales			
3	Áreas de circulación bloqueadas			
4	Materiales y elementos innecesarios guardados			
5	Estantes sobrecargados			
6	Lugares de almacenamiento sucios			
7	Material colocado en lugares alejados			
8	Material dañado			
9	Materiales que se oxidan			
10	Lámparas sucias			
11	Paredes sucias			
12	Pisos sucios			
13	El lugar cuenta con suficientes canecas			
14	Las canecas se encuentran rotuladas			
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras			
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada			
17	Los desechos son depositados según su naturaleza			
18	Se da el uso adecuado a las canecas			
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta			
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta			
21	Hay cuadrillas para orden y aseo			
22	Hay suficientes servicios sanitarios			
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos			

OBSERVACIONES:

Inspeccionado por: Katerine Martinez

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1 FOS-SST-015	
CONSORCIO	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : Sede los animales.

FECHA: 03/02/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados	✓		
2	Apilamiento inapropiado de materiales	✓		
3	Áreas de circulación bloqueadas	✓		
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	✓		
5	Estantes sobrecargados	✓		
6	Lugares de almacenamiento sucios	✓		
7	Material colocado en lugares alejados	✓		
8	Material dañado	✓		
9	Materiales que se oxidan	✓		
10	Lámparas sucias	✓		
11	Paredes sucias	✓		
12	Pisos sucios	✓		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas	✓		
14	Las canecas se encuentran rotuladas	✓		
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	✓		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada	✓		
17	Los desechos son depositados según su naturaleza	✓		
18	Se da el uso adecuado a las canecas	✓		
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	✓		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	✓		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo	✓		
22	Hay suficientes servicios sanitarios	✓		
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos	✓		

OBSERVACIONES:

Inspeccionado por: Katerine Martinez

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1	
CONSORCIO		FOS-SST-015	
	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : Sede los animales

FECHA: 13/02/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados	✓		
2	Apilamiento inapropiado de materiales	✓		
3	Áreas de circulación bloqueadas	✓		
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	✓		
5	Estantes sobrecargados	✓		
6	Lugares de almacenamiento sucios	✓		
7	Material colocado en lugares alejados	✓		
8	Material dañado	✓		
9	Materiales que se oxidan	✓		
10	Lámparas sucias	✓		
11	Paredes sucias	✓		
12	Pisos sucios	✓		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas	✓		
14	Las canecas se encuentran rotuladas	✓		
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	✓		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada	✓		
17	Los desechos son depositados según su naturaleza	✓		
18	Se da el uso adecuado a las canecas	✓		
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	✓		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	✓		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo	✓		
22	Hay suficientes servicios sanitarios	✓		
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos	✓		

OBSERVACIONES:

Inspeccionado por: Katerine Martinez

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1 FOS-SST-015	
CONSORCIO	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : Sede Laboreo.

FECHA: 13/02/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados	✓		
2	Apilamiento inapropiado de materiales	✓		
3	Áreas de circulación bloqueadas	✓		
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	✓		
5	Estantes sobrecargados	✓		
6	Lugares de almacenamiento sucios	✓		
7	Material colocado en lugares alejados	✓		
8	Material dañado	✓		
9	Materiales que se oxidan	✓		
10	Lámparas sucias	✓		
11	Paredes sucias	✓		
12	Pisos sucios	✓		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas	✓		
14	Las canecas se encuentran rotuladas	✓		
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	✓		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada	✓		
17	Los desechos son depositados según su naturaleza	✓		
18	Se da el uso adecuado a las canecas	✓		
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	✓		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	✓		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo	✓		
22	Hay suficientes servicios sanitarios	✓	✓	
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos	✓		

OBSERVACIONES:

Inspeccionado por: Katerine Martinez.

Powered by CamScanner

	DIRECCION SST Y ESTION SOCIAL	PÁGINA 1 DE 1 FOS-SST-015	
CONSORCIO	INSPECCION DE ORDEN, ASEO Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Versión: 001	FECHA: 23/12/2023

PROYECTO/ AREA : Sede Urbano.

FECHA: 08/07/25

ITEM	PARAMETRO A REVISAR	SI	NO	NA
1	Espacios desorganizados y colmados	✓		
2	Apilamiento inapropiado de materiales	✓		
3	Áreas de circulación bloqueadas	✓		
4	Materiales y elementos innecesarios guardados	✓		
5	Estantes sobrecargados	✓		
6	Lugares de almacenamiento sucios	✓		
7	Material colocado en lugares alejados	✓		
8	Material dañado	✓		
9	Materiales que se oxidan	✓		
10	Lámparas sucias	✓		
11	Paredes sucias	✓		
12	Pisos sucios	✓		
13	El lugar cuenta con suficientes canecas	✓		
14	Las canecas se encuentran rotuladas	✓		
15	Existe un centro o una zona de acopio de las basuras	✓		
16	El área de basuras o zona de acopio se encuentra señalizada	✓		
17	Los desechos son depositados según su naturaleza	✓		
18	Se da el uso adecuado a las canecas	✓		
19	Los residuos de vidrio se recogen y depositan de forma correcta	✓		
20	Los materiales cortantes se recogen y depositan de forma correcta	✓		
21	Hay cuadrillas para orden y aseo	✓		
22	Hay suficientes servicios sanitarios	✓		
23	Se han dado charlas sobre orden, aseo y disposición de residuos sólidos	✓		

OBSERVACIONES:

Inspeccionado por: Katerine Martinez.

Powered by CamScanner

		INSPECCIÓN DE ROTOMARTILLO CONCRETO							
		FOS-SST-066						**Versión: 001**	
EQUIPO: Rotomartillo		**MARCA:** Bosma.						**SEMANA DE INSPECCÒN:** 03/02/25	
INSPECCIONO Katerine Martinez.		**MODELO:** V125						**PAGINA 1**	
ITEM	**DESCRIPCCION**	**Lun**	**mar**	**mie**	**jue**	**vie**	**sab**	**OBSERVACIONES**	
1	El cable de alimentacion de energia esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	La cabeza esta completa ,ajustada y sin golpes	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	El interruptor de velocidad variable esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4	El poetabroca SDS esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5	El boton de control avance/reverza esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6	El boton de bloqueo esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
7	El selector modos esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
8	Tiene mango lateral multipocicion	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
9	El mango se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
10	presenta golpes abolladuras en sus partes plasticas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
11	El medidor de profundidad se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

RECOMENDACIONES

1. Asegurese que la toma de alimentacion sea de 110 voltios

2. Utilize todos los equipos de proteccion perzonal para realizar cualquier tipó de labor con este equipo

BUENO		REGULAR		MALO		NO APLICA	
B	✓	R		M		N/A	

Powered by CamScanner

CONSORCIO	INSPECCIÓN DE ROTOMARTILLO CONCRETO		
	FOS-SST-066	Versión: 001	
EQUIPO:	MARCA: Dorma	SEMANA DE INSPECCÒN: 10/02/25	
INSPECCIONO	MODELO: V 125	PAGINA 1	

ITEM	DESCRIPCCION	Lun	mar	mie	jue	vie	sab	OBSERVACIONES
1	El cable de alimentacion de energia esta en buen estado	/	/	/	/	/	/	
2	La cabeza esta completa ,ajustada y sin golpes	/	/	/	/	/	/	
3	El interruptor de velocidad variable esta en buen estado	/	/	/	/	/	/	
4	El poetabroca SDS esta en buen estado	/	/	/	/	/	/	
5	El boton de control avance/reverza esta en buen estado y funcionando	/	/	/	/	/	/	
6	El boton de bloqueo esta en buen estado y funcionando	/	/	/	/	/	/	
7	El selector modos esta en buen estado y funcionando	/	/	/	/	/	/	
8	Tiene mango lateral multipocicion	/	/	/	/	/	/	
9	El mango se encuentra en buen estado	/	/	/	/	/	/	
10	presenta golpes abolladuras en sus partes plasticas	/	/	/	/	/	/	
11	El medidor de profundidad se encuentra en buen estado	/	/	/	/	/	/	

RECOMENDACIONES

1. Asegurese que la toma de alimentacion sea de 110 voltios

2. Utilize todos los equipos de proteccion perzonal para realizar cualquier tipó de labor con este equipo

BUENO		REGULAR		MALO		NO APLICA	
B	/	R		M		N/A	

Powered by CamScanner

CONSORCIO	INSPECCIÓN DE ROTOMARTILLO CONCRETO		
	FOS-SST-066		Versión: 001
EQUIPO: Rotomartillo	MARCA: Coryna's		SEMANA DE INSPECCÒN: 10/03/25
INSPECCIONO Katerine Martinez	MODELO: 65 A		PAGINA 1

ITEM	DESCRIPCCION	Lun	mar	mie	jue	vie	sab	OBSERVACIONES
1	El cable de alimentacion de energia esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	La cabeza esta completa ,ajustada y sin golpes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3	El interruptor de velocidad variable esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	El poetabroca SDS esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	El boton de control avance/reverza esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6	El boton de bloqueo esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7	El selector modos esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8	Tiene mango lateral multipocicion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
9	El mango se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
10	presenta golpes abolladuras en sus partes plasticas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
11	El medidor de profundidad se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

RECOMENDACIONES

1. Asegurese que la toma de alimentacion sea de 110 voltios

2. Utilize todos los equipos de proteccion perzonal para realizar cualquier tipó de labor con este equipo

BUENO		REGULAR		MALO		NO APLICA	
B		R		M		N/A	

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN DE ROTOMARTILLO CONCRETO		
	FOS-SST-066		**Versión: 001**
EQUIPO: Rotomartillo	**MARCA:** Dewalt.	**SEMANA DE INSPECCÒN:** 03/02/25	
INSPECCIONO Katerine Martinez	**MODELO:** 65A	**PAGINA 1**	

ITEM	DESCRIPCCION	Lun	mar	mie	jue	vie	sab	OBSERVACIONES
1	El cable de alimentacion de energia esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	La cabeza esta completa ,ajustada y sin golpes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3	El interruptor de velocidad variable esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	El poetabroca SDS esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	El boton de control avance/reverza esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6	El boton de bloqueo esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7	El selector modos esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8	Tiene mango lateral multipocicion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
9	El mango se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
10	presenta golpes abolladuras en sus partes plasticas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
11	El medidor de profundidad se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

RECOMENDACIONES

1. Asegurese que la toma de alimentacion sea de 110 voltios

2. Utilize todos los equipos de proteccion perzonal para realizar cualquier tipó de labor con este equipo

BUENO		REGULAR		MALO		NO APLICA	
B	✓	R		M		N/A	

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN DE ROTOMARTILLO CONCRETO	
	FOS-SST-066	**Versión: 001**

EQUIPO: rotomartillo	**MARCA:** dewalt	**SEMANA DE INSPECCÒN:** 10/02/25
INSPECCIONO Katerine Martinez.	**MODELO:** 654	**PAGINA 1**

ITEM	DESCRIPCCION	Lun	mar	mie	jue	vie	sab	OBSERVACIONES
1	El cable de alimentacion de energia esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	La cabeza esta completa ,ajustada y sin golpes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3	El interruptor de velocidad variable esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	El poetabroca SDS esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	El boton de control avance/reverza esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6	El boton de bloqueo esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7	El selector modos esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8	Tiene mango lateral multipocicion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
9	El mango se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
10	presenta golpes abolladuras en sus partes plasticas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
11	El medidor de profundidad se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

RECOMENDACIONES

1. Asegurese que la toma de alimentacion sea de 110 voltios

2. Utilize todos los equipos de proteccion perzonal para realizar cualquier tipó de labor con este equipo

BUENO		REGULAR		MALO		NO APLICA	
B	✓	R		M		N/A	

Powered by CamScanner

		INSPECCIÓN DE ROTOMARTILLO CONCRETO									
		FOS-SST-066						**Versión: 001**			
EQUIPO: Rotomartillo		**MARCA:** Dewalt						**SEMANA DE INSPECCÒN:** 03/02/25			
INSPECCIONO Katerine Martinez		**MODELO:** 65A						**PAGINA 1**			
ITEM	**DESCRIPCCION**	**Lun**	**mar**	**mie**	**jue**	**vie**	**sab**	**OBSERVACIONES**			
1	El cable de alimentacion de energia esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
2	La cabeza esta completa ,ajustada y sin golpes	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
3	El interruptor de velocidad variable esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
4	El poetabroca SDS esta en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
5	El boton de control avance/reverza esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
6	El boton de bloqueo esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
7	El selector modos esta en buen estado y funcionando	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
8	Tiene mango lateral multipocicion	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
9	El mango se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
10	presenta golpes abolladuras en sus partes plasticas	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
11	El medidor de profundidad se encuentra en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
RECOMENDACIONES											
1. Asegurese que la toma de alimentacion sea de 110 voltios											
2. Utilize todos los equipos de proteccion perzonal para realizar cualquier tipó de labor con este equipo											

BUENO		REGULAR		MALO		NO APLICA	
B	✓	R		M		N/A	

Powered by CamScanner

INSPECCION DE BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS DIRECCION DE SST Y GESTION SOCIAL		FOS-SST-011 Versión 001; 23-12-2024 Página 1 de 1

FECHA: 03/02/25
UBICACION: Biblioteca
BOTIQUIN: #1
ENCARGADO DE REALIZAR LA INSPECCIÓN: Johanna Katerine Martinez U. Katerine Martinez

#	DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD MINIMA	VENCIMIENTO (SI APLICA)		REVISION BIMESTRAL (ESTADO)					
			MES	AÑO	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Agos	Sep-Oct	Nov-Dic
1	Gasas limpias (Paquete x 20)	1 paq	NO	NO	03/02					
2	Esparadrapo de tela (Rollo de 4")	1 und	01	2029	03/02					
3	Baja lenguas (Paquete x 20)	1 paq	05	2028	03/02					
4	Guantes latex (Caja x 100)	1 und	02	2029	03/02					
5	Venda elástica pequeña (2 x 5 Yardas)	1 und	04	2025	03/02					
7	Venda elástica Mediana (3 x 5 Yardas)	1 und	10	2026	03/02					
8	Venda elástica grande (5 x 5 Yardas)	1 und	10	2026	03/02					
9	Venda de algodón (3 x 5 Yardas)	1 und	10	2026	03/02					
10	yodopovidona/jabon quirurjico (frasco 120ml)	1 und	07	2026	03/02					
11	Solución salina (frasco 250cc /500cc)	1 und	06	2026	03/02					
12	Termometro de mercurio/digital	1 und	10	2028	03/02					
13	Alcohol antiseptico (Frasco 275 ml)	1 und	11	2026	03/02					
14	Inmovilizador de cuello	1 und	NO	NO						
15	Kit inmovilizador extremidades	1 und	NO	NO						
16	Ambú o mascara para dar respiración boca a boca	1 und	NO	NO						
17	Gafas de seguridad (para protección del brigadista	1 und	NO	NO						
18	Linterna con baterías	1 und	NO	NO						
19	Libreta y esfero	1 und	NO	NO						
20	Manual de primeros auxilios	1 und	NO	NO						
21	Apositos individúales de gasa	3 und	NO	NO						
22	Isodine espuma (Frasco 60cc)	1 und	NO	NO						
23	Isodine solución (Frasco 60cc)	1 und	NO	NO						
24	Aplicadores de algodón	5 und	NO	NO						
25	Compresas	2 und	NO	NO						
26	Curas	5 und	NO	NO						
27	Micropore (Rollo de 4")	1 und	NO	NO						
28	Parche ocular	3 und	NO	NO						
29	Cabestrillo	1 und	NO	NO						
30	Tijeras trauma	1 und	NO	NO						
OBSERVACIONES ADICIONALES										
1	Estado general del botiquin									
2	Orden, aseo, organización									
3	Ubicación y señalizacion adecuada									
4	Presencia de elementos en mal estado									

ANOTACIONES Y RECOMENDACIONES

Powered by CamScanner

INSPECCION DE BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS DIRECCION DE SST Y GESTION SOCIAL		FOS-SST-011 Versión 001; 23-12-2024 Página 1 de 1

FECHA: 03/02/2025
UBICACION: Biblioteca
BOTIQUIN: #2
ENCARGADO DE REALIZAR LA INSPECCIÓN: Johanna Katerine Martinez U.

#	DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD MINIMA	VENCIMIENTO (SI APLICA)		REVISION BIMESTRAL (ESTADO)					
			MES	AÑO	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Agos	Sep-Oct	Nov-Dic
1	Gasas limpias (Paquete x 20)	1 paq.	09	2029	03/02					
2	Esparadrapo de tela (Rollo de 4")	1 und	01	2029	03/02					
3	Baja lenguas (Paquete x 20)	1 paq.	07	2026	03/02					
4	Guantes latex (Caja x 100)	1 und	06	2028	03/02					
5	Venda elástica pequeña (2 x 5 Yardas)	1 und	12	2029	03/02					
7	Venda elástica Mediana (3 x 5 Yardas)	1 und	09	2024	03/02					
8	Venda elástica grande (5 x 5 Yardas)	1 und	12	2029	03/02					
9	Venda de algodón (3 x 5 Yardas)	1 und	04	2029	03/02					
10	yodopovidona/jabon quirurjico (frasco 120ml)	1 und	10	2026	03/02					
11	Solución salina (frasco 250cc /500cc)	1 und	10	2026	03/02					
12	Termometro de mercurio/digital	1 und	09	2026	03/02					
13	Alcohol antiseptico (Frasco 275 ml)	1 und	12	2029	03/02					
14	Inmovilizador de cuello	1 und	NO	NO						
15	Kit inmovilizador extremidades	1 und	NO	NO						
16	Ambú o mascara para dar respiración boca a boca	1 und	NO	NO						
17	Gafas de seguridad (para protección del brigadista	1 und	NO	NO						
18	Linterna con baterias	1 und	NO	NO						
19	Libreta y esfero	1 und	NO	NO						
20	Manual de primeros auxilios	1 und	NO	NO						
21	Apositos individúales de gasa	3 und	NO	NO						
22	Isodine espuma (Frasco 60cc)	1 und	NO	NO						
23	Isodine solución (Frasco 60cc)	1 und	NO	NO						
24	Aplicadores de algodón	5 und	NO	NO						
25	Compresas	2 und	NO	NO						
26	Curas	5 und	NO	NO						
27	Micropore (Rollo de 4")	1 und	NO	NO						
28	Parche ocular	3 und	NO	NO						
29	Cabestrillo	1 und	NO	NO						
30	Tijeras trauma	1 und	NO	NO						

OBSERVACIONES ADICIONALES

1	Estado general del botiquin	B								
2	Orden, aseo, organización	B								
3	Ubicación y señalizacion adecuada	B								
4	Presencia de elementos en mal estado	NO								

ANOTACIONES Y RECOMENDACIONES

Powered by CamScanner

INSPECCION DE BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS DIRECCION DE SST Y GESTION SOCIAL		FOS-SST-011 Versión 001; 23-12-2024 Página 1 de 1

FECHA: 03/02/25
UBICACION: obra laguna Verde.
BOTIQUIN: #3
ENCARGADO DE REALIZAR LA INSPECCIÓN: Johanna Katerine Martinez V.

#	DESCRIPCION DEL ELEMENTO	CANTIDAD MINIMA	VENCIMIENTO (SI APLICA)		REVISION BIMESTRAL (ESTADO)					
			MES	AÑO	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Agos	Sep-Oct	Nov-Dic
1	Gasas limpias (Paquete x 20)	1 paq.	NO	NO	03/02					
2	Esparadrapo de tela (Rollo de 4")	1 und	05	2029	03/02					
3	Baja lenguas (Paquete x 20)	1 paq.	06	2026	03/02					
4	Guantes latex (Caja x 100)	1 und	03	2029	03/02					
5	Venda elástica pequeña (2 x 5 Yardas)	1 und	09	2025	03/02					
7	Venda elástica Mediana (3 x 5 Yardas)	1 und	10	2026	03/02					
8	Venda elástica grande (5 x 5 Yardas)	1 und	10	2026	03/02					
9	Venda de algodón (3 x 5 Yardas)	1 und	10	2026	03/02					
10	yodopovidona/jabon quirurjico (frasco 120ml)	1 und	07	2026	03/02					
11	Solución salina (frasco 250cc /500cc)	1 und	06	2026	03/02					
12	Termometro de mercurio/digital	1 und	10	2028	01/02					
13	Alcohol antiseptico (Frasco 275 ml)	1 und	11	2026	03/02					
14	Inmovilizador de cuello	1 und	NO	NO						
15	Kit inmovilizador extremidades	1 und	NO	NO						
16	Ambú o mascara para dar respiración boca a boca	1 und	NO	NO						
17	Gafas de seguridad (para protección del brigadista	1 und	NO	NO						
18	Linterna con baterías	1 und	NO	NO						
19	Libreta y esfero	1 und	NO	NO						
20	Manual de primeros auxilios	1 und	NO	NO						
21	Apositos individúales de gasa	3 und	NO	NO						
22	Isodine espuma (Frasco 60cc)	1 und	NO	NO						
23	Isodine solución (Frasco 60cc)	1 und	NO	NO						
24	Aplicadores de algodón	5 und	NO	NO						
25	Compresas	2 und	NO	NO						
26	Curas	5 und	NO	NO						
27	Micropore (Rollo de 4")	1 und	NO	NO						
28	Parche ocular	3 und	NO	NO						
29	Cabestrillo	1 und	NO	NO						
30	Tijeras trauma	1 und	NO	NO						

OBSERVACIONES ADICIONALES

1	Estado general del botiquin	B								
2	Orden, aseo, organización	B								
3	Ubicación y señalizacion adecuada	B								
4	Presencia de elementos en mal estado	NO								

ANOTACIONES Y RECOMENDACIONES

Powered by CamScanner

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

POS-SST-014, VERSIÓN: 001

FECHA ELABORACION: 27/12/2021

PROYECTO: Sede Tabares

FECHA: 03/oct/25

RESPONSABLE QUIEN REALIZO LA INSPECCION: Katerine Martinez

CONSECUTIVO:

N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	ARNES DE SEGURIDAD	ESLINGA	TIE OFF	CASCO	BARBUQUEJO	PROTECCION AUDITIVA	PROTECCION VISUAL	PROTECCION RESPIRATORIA	CAMISA	PANTALON	OVEROL	GUANTES: VAQUETA	GUANTES: CARNAZA	GUANTES: SOLDADOR	GUANTES: NITRILO	CARETA	PETO	BOTAS: BOTAS SOLDADOR	BOTAS: BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS: BOTAS PANTANERAS	USO: A	USO: I	CAPACITACION DE USO (SI / NO)	OBSERVACION	FIRMA DEL TRABAJADOR
			B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M					
1	Nicolas Gutierrez	ayudante				✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓						✓				✓		
2	Jhenier Herrera	ayudante				✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓						✓				✓		
3	Isabel cristina	oficial				✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓						✓				✓		
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											

CONDICIÓN SUBESTANDAR O MEJORA A CONSIDERAR: Es todo comportamiento fuera o opuesto a lo establecido en las reglas de seguridad o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes

OBSERVACIONES

RESULTADO DE LA INSPECCIÓN	USO	OBSERVACION	
1. B : BUENO 2. R : REGULAR 3. M : MALO	A: ADECUADO I: INADECUADO	L : LIMPIO S : SUCIO	

INSPECCIONADO POR			
NOMBRE	CARGO		FIRMA

Powered by CamScanner

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

POS-SST-014, VERSIÓN: 001

FECHA ELABORACIÓN: 23/12/2024

PROYECTO: Sede las animas

FECHA: 03/02/25

RESPONSABLE QUIEN REALIZO LA INSPECCION: Katerine Martinez

CONSECUTIVO:

Nº	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	ARNES DE SEGURIDAD			FAJA/MA			TIE OFF			CASCO			BARBUQUEJO			PROTECCION AUDITIVA			PROTECCION VISUAL			PROTECCION RESPIRATORIA			CUANTOS												CARTERA			PETO			BOTAS						USO		CAPACITACION DE USO (SI / NO)	DIAGNOSTICO	FIRMA DEL TRABAJADOR
																											BOTAS			ROPA			GUANTES			GAFAS									BOTAS SOLDADOR			BOTAS PUNTA DE ACERO			BOTAS PANTANERAS			A	I			
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M					
1	Fabian Diaz	ayudante										✓						✓						✓			✓																													Danilo Diaz
2	Elkin Lizarazo	ayudante										✓						✓						✓			✓																													
3	Feiton Diaz	ayudante										✓						✓						✓			✓																													
4	Johan Vega	Oficial										✓						✓						✓			✓																													
5																																																					
6																																																					
7																																																					
8																																																					
9																																																					
10																																																					
11																																																					
12																																																					
13																																																					
14																																																					

CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA A CONSIDERAR: Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

OBSERVACIONES

RESULTADO DE LA INSPECCION	USO	OBSERVACION
1. B : BUENO 2. R : REGULAR 3. M : MALO	A: ADECUADO I: INADECUADO	L : LIMPIO S : SUCIO

INSPECCIONADO POR			
NOMBRE	CARGO		FIRMA

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		FOS-SST-014, VERSIÓN: 001
		FECHA ELABORACION: 23/12/2024

PROYECTO: Suite Laguna Verde | FECHA: 03/02/25 | RESPONSABLE QUIEN REALIZO LA INSPECCION: Katerine Martinez | CONSECUTIVO:

N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	ARNES DE SEGURIDAD			ESLINGA			TIE OFF			CASCO			BARBUQUEJO			PROTECCION AUDITIVA			PROTECCION VISUAL			PROTECCION RESPIRATORIA			GUANTES												CARETA			PETO			BOTAS									USO		CAPACITACION DE USO (SI / NO)	OBSERVACION	FIRMA DEL TRABAJADOR
																												VAQUETA			CARNAZA			SOLDADOR			NITRILO									BOTAS SOLDADOR			BOTAS PUNTA DE ACERO			BOTAS FANTASMAS								
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	A	I			
1	Rafael Gomez	ayudante										1			1			1			1			1			1																		1										Si		Rafael Gomez
2	angel gutierrez	ayudante										1			1			1			1			1			1																		1										Si		Angel Gutierrez
3	alderiv	ayudante										1			1			1			1			1			1																		1										Si		Alderiv Gutierrez
4	jose gomez	oficial										1			1			1			1			1			1																		1										Si		Jose Gomez
5																																																							
6																																																						
7																																																						
8																																																						
9																																																						
10																																																						
11																																																						
12																																																						
13																																																						
14																																																						

CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA A CONSIDERAR: Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que pueda causar directamente los accidentes.

OBSERVACIONES

RESULTADO DE LA INSPECCION	USO	OBSERVACION
1. B : BUENO 2. R : REGULAR 3. M : MALO	A: ADECUADO I: INADECUADO	L : LIMPIO S : SUCIO

INSPECCIONADO POR			
NOMBRE	CARGO		FIRMA

Powered by CamScanner

ANEXO 8. ATS

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOG-SST-020
		VERSION 001
		23/12/2024

EMPRESA:	PROYECTO:	VALIDO DE:	A:
MAJOLY	San José Colegios MEJORAMIENTO INFRESTRUCTURA.	2/01/25	2/02/25
		DESDES LAS: 7:00 am	HASTA LAS: 5:00 pm

Descripción de la Tarea a realizar.
Cerramientos en lona, demdiciones.

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
		Residente – SST.	3

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☒	TRABAJO EN ALTURAS	☒ TRABAJO EN CALIENTE	☒ ESPACIOS CONFINADOS
☒	OTRO. Cuál?		

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	X	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	X	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	X	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	/	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	X	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	X	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	X	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	X	Arrestadores		Protectores auditivos	X	Gafas de seguridad	X	protección respiratoria	X
Guantes	X	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo	X	Arnes		Botas de seguridad	X	Señalización/Delimitación	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Palas, pica, martillo, maseta, Alicates
Eléctricas		Pulidora.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
-Inducción	—	Evaluación Final	SST.
Cerramientos en lona	Golpes, caidas mismo N.	Autocuidado	SST - tecnico
- instalacion poste.	Caidas mismo nivel	Uso de EPP, Autocu.	SST - tecnico
- Extender polisombra	Golpes, Lesiones	Autocuidado, EPP	SST - tecnico
- Ajustar polisombra.	golpes, Heridas, caida)	Uso EPP	SST - tecnico
Demolición	Atrapamientos, golpes	Vigia, uso EPP	SST - tecnico
trasiego RCD.	Lesiones musculares)	Manejo cargas	SST - tecnico

Responsable de la Elaboración

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johanna Katerine Martinez	SST.	1069939376	12435	

Lider de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Alex Oviedo	Residente Obra	

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
JHON NORENO	AYUDANTE	1069757649	JHON
Yeison Morale Penaloza	Ayudante	1033796677	Penaloza Celeita
	Ayudante	1032656011	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	
NOMBRE	
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

FOS-SST-020
VERSION:001
23/12/2024

EMPRESA: Majolí
PROYECTO: San Jose.
VALIDO DE: 10/02/25 A: 15/02/25
DESDES LAS: 7:00am HASTA LAS: 5:00 pm

Descripción de la Tarea a realizar.
Mejoramiento localización Sedes Educativas

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
		Residente-sst.	4.

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☑ TRABAJO EN ALTURAS ☒ TRABAJO EN CALIENTE ☑ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO. Cuál?

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	X	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	X	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	X	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	/	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	X	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	X	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	X	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	X	Arrestadores		Protectores auditivos	X	Gafas de seguridad	X	protección respiratoria	X
Guantes	X	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo	X	Arnes		Botas de seguridad	X	Señalización/Delimitación	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	Palas, Picas, Martillos, Maseta, Alicates.
Eléctricas	pulidora, ratomartillo.
Neumáticas	
Hidráulicas	/
Mecánicas	
otras, cuales ?	

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
Excavacion zapatas	Lesiones, golpes.	Uso EPP	SST-tecnico
trasiego PCD.	Lesiones Musculares	Autocuidado	sst - tecnico
Demonte Enchape.	Heridas, golpes, corte	uso EPP. Adecuado	SST-tecnico

Responsable de la Elaboración

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johanna Martinez V.	SST	1069757376.	12435	

Lider de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
John Cevallos Hdz.	Residente Obra	

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Luis Vargas	OFICIAL	1093749059	Luis Vargas
Jhon Moreno	AYUDANTE	1060752940	Jhon Moreno
Noel Heredia Celeito	Ayudante.	1033[illegible]72.	Noel Heredia
Yeison Morales	Ayudante	1032656071	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	
NOMBRE	
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)		FOR-SST-020 VERSION 001 23/12/2024
EMPRESA: Majoli	PROYECTO: San Jose.	VALIDO DE: 03/02/25 DESDES LAS: 7:00 am	AL 8/02/2025 HASTA LAS: 5:00 pm

Descripción de la Tarea a realizar.
Mejramiento Estructura Sedes Educativas Sumapaz.

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
		Residente y SST	3.

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☒ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO. Cuál?

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	X	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	X	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	X	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	X	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	X	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	X	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	X	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	X	Arrestadores		Protectores auditivos	X	Gafas de seguridad	X	protección respiratoria	X
Guantes	X	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo	X	Arnes		Botas de seguridad	X	Señalización/Delimitación	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	✓	hayadora, barra, Maceta, Alicate, Martillo, Segeto.
Eléctricas		taladro-rotomartillo, Pulidora.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
Excavación Zapatas	Lesiones, golpes	Uso EPP, Autocuidado	SST-tecnico
traslego Rco	Mesiones musculares	Manejo cargas	SST-tecnico
Desmonte enchape.	golpes, Heridas, cortes	Uso EPP, Autocuidado	SST-tecnico

Responsable de la Elaboración

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johanna Katerine Martinez	SST	1069739396	12435	

Lider de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Ana Catalina Abaunza	Residente Obra	

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
- JHON MORENO	- AYUDANTE	- 1069752449	-
Noel Peñaloza Celeito	Ayudante	1033760622.	
Nelson Riley Morales Peñaloza	Ayudante	1032660774	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	
NOMBRE	
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOS-SST-020
		VERSION 001
EMPRESA: Mapli Construcciones	PROYECTO: Sanjuan	VALIDO DE: 23/01/25 — 23/12/2024
Descripción de la Tarea a realizar: Mejoramiento de Localizacion sedes educativas.		DESDES LAS: 7:00am — HASTA LAS: 5:00pm — A: 2/02/25

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?	5

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☒ TRABAJO EN ALTURAS ☒ TRABAJO EN CALIENTE ☒ ESPACIOS CONFINADOS
☒ OTRO. Cuál?

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	X	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	X	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	X	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	/	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	X	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	X	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	X	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	X	Arrestadores		Protectores auditivos	X	Gafas de seguridad	X	protección respiratoria	T
Guantes	X	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo		Arnes		Botes de seguridad	X	Señalización/Delimitación	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Palas, picas, Martillos, mazetas, Alicates
Eléctricas		Pulidora
Neumáticas		N/A
Hidráulicas		N/A
Mecánicas		N/A
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
-Induccion		Evaluacion Induccion	SST
-Instalacion Cerramiento	golpes, cortes, caidas	Autocuidado uso EPP	SST-tecnico
Instalacion de poste	caidos mismo nivel	uso EPP, Autocuidado	SST-tecnico
-extender polombra.	Caidos mismo nivel	uso EPP, Autocuidado	tecnico-SST
-Ajustar polombra	fracturas, golpes, caidos	uso EPP, autocuidado	tecnico-SST
-Demolicion de estructura	golpes, golpes, caidos de O	uso EPP, autocuidado	tecnico-SST.
-traslado de escombro	lesiones musculares, golpes	manejo de cargas, cuidado	SST, tecnico.

Responsable de la Elaboración

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johanna Katerine Martinez V.	SST.	1069731376	12435	

Lider de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Auto Guillermo	Residente Obra	

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Brayan Alexis Peñaloza.	Ayudante.	1022999989	
Oliver Peñaloza.	Ayudante	1063519465	
Estiven C Peñaloza	Ayudante.	1032656213	
Geovaldo Peñaloza.	Ayudante	1006093160	
Jeferson Vilche.	Ayudante	32322 [illegible]	Jose Vilche

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	
NOMBRE	
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

FOS-SST-020
VERSION:001
23/12/2024

EMPRESA: Soldesco ZF | PROYECTO: Sede Tabaco | VALIDO DE: 10/02/25 A: 15/02/25 | DESDES LAS: 7:00 am HASTA LAS: 5:00 pm.

Descripción de la Tarea a realizar.
Demolición de muros y losas.

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
10/02/25	10/02/25		

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO. Cuál? Demolición con retomartillo.

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	✓	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	✓	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	✓	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	✓	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	✓	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	✓	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	✓	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	✓	Arrestadores		Protectores auditivos	✓	Gafas de seguridad	✓	protección respiratoria	✓
Guantes	✓	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo		Arnes		Botas de seguridad	✓	Señalización/Delimitación	✓		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada uno de las herramientas a utilizar
Manuales	✓	martillos, palas, barras, martillos
Eléctricas	✓	retomartillo
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
demolición de muros	golpes, heridas,	uso de EPP, charla	
desmonte de muros	atrapamiento, machacamiento	seguridad pausas	
organización de residuos	dolor muscular	pausas activas	
orden y aseo	caidas al mismo nivel	señalizaciones	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johann Martinez V.	SST	1069737136	12435	
Lider de Grupo de Trabajo		Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor		

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Heiner Parra Parra	ejecutante de obra	1000875732	
Nicolas Cubillos	Ayudante de obra	1007664020	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	10/02/2025
NOMBRE	Ivan Omaña Santiago.
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOS-SST-020 VERSION 001 23/12/2024

EMPRESA:	PROYECTO:	VALIDO DE:	A:
Consorcio 7.F	Sede Laboreo	DESDE LAS: 7:00 am	HASTA LAS: 5:00 Pm.

Descripción de la Tarea a realizar.
cerramiento perimetral, en los bloques a intervenir 100% y demolición

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuantos trabajadores se requieren?
03/02/25	03/02/25		2.

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO. Cuál? demoliciones de muros.

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	✓	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	✓	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	✓	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	✓	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	✓	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	✓	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	✓	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	✓	Arrestadores		Protectores auditivos	✓	Gafas de seguridad	✓	protección respiratoria	✓
Guantes		Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo		Arnes		Botas de seguridad	✓	Señalización/Delimitación	✓		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	✓	martelas, palas, barra, carretilla.
Eléctricas	✓	martillos
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, ppotectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
demolición de muros	golpes, machucones	uso de EPP.	
demonte de puertas y	atrapamientos	condición segura	
demonte de sanitarios	golpes, heridos	uso de EPP, Agiles	
demonte de cubierta	electrico, quemaduras	Retiro cubierta	
demonte de laberos	dosque electricos	uso de EPPs.	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johann Martinez V.	Lider de Grupo de Trabajo	1067[illegible]376.	12435	

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Heiner Ravtol Parra	Oficial de Obra	1000861522	Heiner Parra
Viviana Gutierrez	Ayudante de Obra	1003664020	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	03/02/2025
NOMBRE	Ivan Urrutia S.
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOS-SST-020
		VERSION 001
		23/12/2024

EMPRESA:	PROYECTO:	VALIDO DE:	A:
consorcio 7F	Lidercar animal	10/02/25	15/02/25
		DESDES LAS: 7:00 am	HASTA LAS: 5:00 pm

Descripción de la Tarea a realizar.

demolición letras, demolición de muebles. desmonte de sanitarios

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnica - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
10/02/25	10/02/25		4

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO. Cuál? demoliciones.

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	✓	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	✓	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	✓	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	✓	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	✓	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	✓	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	✓	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	✓	Arnesladores		Protectores auditivos	✓	Gafas de seguridad	✓	protección respiratoria	✓
Guantes	✓	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo		Arnes		Botas de seguridad		Señalización/Delimitación	✓		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	✓	palas, barras, martillos,
Eléctricas	✓	Retomartillo.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
Alistamiento de herramienta y material	golpes, cortadas,	charla de seguridad	
Demolición de muebles	cortes, golpes, caidas	permiso de trabajo en altura, uso de EPPS	
Desmonte de sanitarios	machucones, golpes, caidas a nivel	adecuadamente con elementos	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johann Martinez V.	SST	1067937376	12433	
Lider de Grupo de Trabajo				
NOMBRE Y APELLIDO	CARGO		Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Jonathy Bocanegra	Oficial				

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Fabian Rosilo Diaz Diaz	Ayudante	1022988374	
Elvis Julian Tarazo Diaz	Ayudante	1032656068	
Jasson Andres Diaz Ramirez	Ayudante	1001730075	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	10/02/25
NOMBRE	Ivan Ormeño S.
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOR-SST-020 VERSION 001 23/12/2024

EMPRESA:	PROYECTO:	VALIDO DE: 03/02/25	A: 08/02/25
Constructora F	Sede Ed animal	DESDE LAS: 7 am.	HASTA LAS: 5:00 pm.

Descripción de la Tarea a realizar.
Demolición de placa y escaleras manuales.

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
03/02/25	03/02/25		4.

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO, Cuál? Demolición de placa.

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	✓	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	✓	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	✓	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	✓	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	✓	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espaciós confinados	FENOMENO NATURAL	✓	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	✓	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	✓	Arrestadores		Protectores auditivos	✓	Gafas de seguridad	✓	protección respiratoria	✓
Guantes	✓	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura	✓	Protector facial	
Barbuquejo		Arnes		Botas de seguridad	✓	Señalización/Delimitación	✓		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	✓	Picas, palas, barra, martillo,
Eléctricas	✓	Pretalabarillo.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
Alistamiento de	Golpes magulladuras	charlas, pausas activas	
herramientas y material	golpes, magulladuras	permisos preoperacionales	
Demolición de placa.	golpes, heridas.	uso de EPP.	
Escalación manual.	caidas, heridas,	Supervisión uso de EPP.	
orden y aseo.	caidas a nivel	sensibilización	

Responsable de la Elaboración

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johann Martinez V.	SST	1069737336	12435	

Líder de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Jorman Bueno	Of	

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Fabian Camilo Diaz Diaz	Ayudante	1027988379	
Alvis Stiven Rosado Diaz	Ayudante	1032656062	
Jerson Andres Diaz Ramirez	Ayudante	1001790078	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo, SISO

FECHA	03/02/2025
NOMBRE	Ivan Urueña S.
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOS-SST-020 VERSION 001 23/12/2024

EMPRESA:	PROYECTO:	VALIDO DE:	A:
Consorcio ZF	Sede Compuerta Verde	10/02/25	15/02/25
		DESDES LAS: 7:00 a m	HASTA LAS: 5:00 p m

Descripción de la Tarea a realizar:
Demolición de Vigas en concreto desmonte de juegos infantiles

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO. Cuál? Demolición de Vigas en concreto

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	✓	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	✓	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	✓	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	✓	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	✓	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidente de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	✓	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	✓	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	✓	Arrestadores		Protectores auditivos	✓	Gafas de seguridad	✓	protección respiratoria	✓
Guantes	✓	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo	✓	Ames		Botas de seguridad	✓	Señalización/Delimitación	✓		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	✓	Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Pulas, picas, barras, martillos, Pro Bubarillos
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo,	RESPONSABLE DEL CARGO
Alistamiento de herramientas	Dolor muscular	pausas activas	
alistamiento de equipos	Preparaciones	permisos de trabajo	
Demolición de vigas	golpes, heridas	uso de EPP.	
Desmonte de juegos	golpes fracturas golpes	uso de seguridad	
orden y aseo	caidas a mismo nivel	señalizaciones.	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johann Martinez V.	SST	1069737376	12435	

Lider de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
JOSE ALI GOMEZ	OFICIAL	JOSE GOMEZ

Lider de Grupo de Trabajo

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Rafael Esteban Gomez	Ayudante	1032656076	Esteban
Angel Aluciso Gutierrez	Ayudante	1032656168	Angel Gutierrez
Aluciso Pulgarin	Ayudante	1152411331	

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	10/02/25
NOMBRE	Ivan Urrutia
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FOS-SST-020
		VERSION:001
		23/12/2024

EMPRESA: Consercivil | PROYECTO: sede laguna verde | VALIDO DE: 03/02/25 DESDES LAS: 7:00 am | A: 08/02/25 HASTA LAS: 5:00 pm.

Descripción de la Tarea a realizar: demolecion de escalera. demonte de tejas y puertas.

Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Equipo de trabajo que elaboró el ATS (Area Técnico - Area HSE)	¿Cuántos trabajadores se requieren?
03/02/2025	03/02/25	Demoliciones.	

Tareas de alto Riesgo a Realizar
Recuerde diligenciar los Formatos de Permisos de Trabajo Seguro.

☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ TRABAJO EN CALIENTE ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☑ OTRO. Cuál? Demoliciones

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

PSICOSOCIAL	✓	Gestión organizacional - Caracteristicas de la organización de trabajo - caracteristicas del grupo social de trabajo - Condiciones de las tareas - Jornada de trabajo - Interfase persona - Tarea -	BIOLOGICO	✓	Virus - Bacterias - Hongos - Picaduras - Mordeduras - Parasitos - Fluidos o excrementos
FISICO	✓	Iluminación - Temperatura extrema - Radiacione ionizantes y no ionizantes - Vibraciones - Ruido - Presión atmoferica	QUIMICO	✓	Polvo - Humos - Liquidos - Fibras - Gases y vapores - Material particulado
SEGURIDAD	✓	Mecanicos - Electricos - Locativo - Tecnologico - Accidnete de transito - Publico - Trabajo en altura - Espacios confinados	FENOMENO NATURAL	✓	Sismo - Terremoto - Vendaval - Inudación - Derrumbe - Precipitaciones
BIOMECANICO	✓	Posturas - Esfuerzo - Movimiento repetitivo - Manupulación manual de cargas			

IDENTIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGURIDAD REQUERIDO PARA REALIZAR EL TRABAJO

Casco	✓	Arneses		Protectores auditivos	✓	Gafas de seguridad	✓	protección respiratoria	✓
Guantes	✓	Careta		Mosqueton		Permiso de trabajo en altura		Protector facial	
Barbuquejo	✓	Ames		Botas de seguridad	✓	Señalización/Delimitación	✓		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	✓	palas, barras, martelas.
Eléctricas	✓	Martillo neumatico
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
otras, cuales ?		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	CONSECUENCIAS	CONTROLES (Preventivo, protectivo)	RESPONSABLE DEL CARGO
delimitacion de Espacios	golpes, caidas	Uso de actividad	
delimitacion de escalera	dolor de espalda	Permiso de trabajo	
demolicion de escalera	golpes, heridas	uso de EPP	
demonte de tejas	golpes, atrapamiento	charla de seguridad	
demonte de puertas	golpes, heridas	uso de EPPS	
orden y aseo	caidas al mismo nivel	uso de elementos de proteccion	
		uso de EPP.	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE LICENCIA	FIRMA
Johann Martinez V.	SST	1067977776	12435	
Líder de Grupo de Trabajo			Aprobado por Ing. Residente y/o Supervisor.	

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
JOSE GOMEZ	OFICIAL	JOSE L GOMEZ			

Firma del trabajador

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Rafael Esteban Gomez	Ayudante	1073656912	Esteban
Angel Mauricio Gutierrez	Ayudante	1032636168	Angel Gutierrez
Mauricio Ruiz	Oficial	1117214173	Mauricio Ruiz

Revalidaciones Ing. Residente VoBo. SISO

FECHA	03/07/25
NOMBRE	Ivan Omaña S.
FIRMA	
VoBo	

Powered by CamScanner

ANEXO 9. Plan de Trabajo e indicadores

	PROPUESTA PLAN DE TRABAJO **IMPLEMENTACION SG SST CONSORCIO ZF**	**SST-PGR-001, VERSION: 001** **FECHA DE ELABORACIÓN: 15/01/2025**

OBJETIVO DEL PLAN

Documentar, Implementar y mantener las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en la normatividad y legislación colombiana vigente (Decreto 1072 de 2015) y las demás aplicables, con el fin de garantizar la prevención de los accidentes y enfermedades laborales por las actividades realizadas por **EL CONSORCIO ZF**

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

* Analizar los sistemas de control requeridos de acuerdo con los riesgos existentes.
* Desarrollar actividades de prevención de accidentes laborales y accidentes.
* Dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en materia de salud y seguridad en el trabajo.

METAS	**INDICADOR**
Cumplir con el 90% de las actividades propuestas para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, programadas para el año 2024	No. Actividades Programadas /No. Actividades ejecutadas *100

RECURSOS

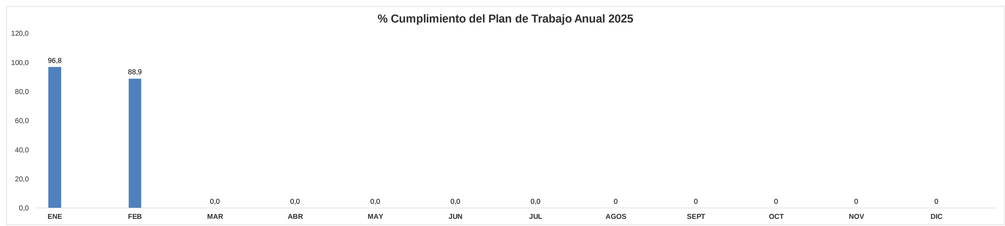
Financieros: Los que destine la gerencia conforme lo establecido en el presupuesto (Ver presupuesto)
Humanos: Responsable del sistema de gestión en Seguridad y salud en el trabajo, asesoría de ARL, tiempo del personal
Técnicos: Computadores, software, memorias, video beam, papelería, implementos de oficina

CICLO PHVA	DIRECTRIZ POLÍTICA	ACTIVIDAD SG-SST	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN																				CUMPLIMIENTO X ACTIVIDAD			OBSERVACIONES
				ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGOS		SEPT		OCT		NOV		DIC					
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	TOTAL	
PLANEAR		**1 PLANIFICACION DEL SG-SST**																											
		Transición documental al Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a norvatividad vigente	GERENCIA- COORDINADOR SST	P	E					P						P						P						4	1	3	
		Autoevaluación inicial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	COORDINADOR SST	P																								1	0	1	
		Actualizacion o verificacion del Responsable SST y constar que este el acta firmada	COORDINADOR SST	P	E																							1	1	0	
		Entrega de funciones a todos los trabajadores de la organización ademas estas deben contener las resposabilidades en SST	RRHH, CALIDAD	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Verificar afiliacion a Seguridad Social de Trabajadores vinculados a la empresa de los ultimos 4 meses a la verificacion , verificar el 10% de los trabajadores vinculados.	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	12	
		Revisar programa de Capacitacion anual y programar actividades de capacitacion	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Realizar induccion y reinduccion a trabajadores en sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo y actividades de promocion y prevencion	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Actualizacion de la Politica en SST y definicion de objetivos SST	COORDINADOR SST	P	E																							1	1	0	
		Realizar y/o actualizar cuadro de seguimiento a examenes medicos y programar los examenes que esten pendientes por realizar	COORDINADOR SST Y RRHH							P										P								2	0	2	
		Seguimiento a plan de trabajo de trabajo anual y verificacion de cumplimiento del mismo, revsion de acciones de mejora a acciones no cumplidas.	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Realizar procedimiento de rendicion de cuentas en todos los niveles de la organización con sus respectivos formatos	COORDINADOR SST																							P		1	0	1	
		Realizar procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras o adquisición de productos y servicios y constatar su cumplimiento.	COORDINADOR SST	P	E																							1	1	0	
		Realizar documento que señale los criterios relacionados con SST para la evaluación y selección de proveedores cuando la empresa los haya establecido.	COORDINADOR SST	P	E																							1	1	0	
		2. DESARROLLO DEL SG-SST																											
		Realizar encuesta perfil sociodemografico a trabajadores que estan pendiente, se realizar para el personal que no se encuentra en la sede la encuesta de manera virtual.	COORDINADOR SST											P														1	0	1	
		Actividades enfocadas a medicina preventiva y del trabajo	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Actualización de Matriz de Peligros y evaluación, valoración de Riesgos, de acuerdo a cambios en actividades, planta fisica.	COORDINADOR SST	P	E											P												2	1	1	
		Actualización de Matriz de Requisitos Legales, según Normatividad Vigente	COORDINADOR SST	P	E															P								2	1	1	
		Envio a IPS correo con pemiles de los cargos de los trabajadores, la ips debe responder el correo informando que ha recibido la informacion y socializado con el medico (cos) ocupacionales de dicha entidad	COORDINADOR SST	P	E																							1	1	0	
		Semana de la salud donde se buscaran entidades que ofrescan servicios gratuitos de examenes como: visiometria, donancion de sangre, pausa activas (rumba terapia), toma de peso, indice de masa corporal, capacitaciones en temas de prevencion	COORDINADOR SST															P										1	0	1	
		Realizar por trabajador documento que evidencie la comunicación por escrito al trabajador de los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales.	COORDINADOR SST											P														1	0	1	
		Actividades para el control del Tabaquismo, alcoholismo y farmaco dependencia (procedimiento y registros que evidencien el cumplimiento del mismo).	COORDINADOR SST																			P						1	0	1	
		Registro de reporte de AT y EL (furat) y realizar a cada reporte su respectiva investigación y plan de acción	COORDINADOR SST																									0	0	0	CUANDO APLIQUE
		Registrar en el Informe de ausentismo laboral las incapacidades sea por el (EG-AG) (AT-EL)	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Realizar formato que conlleve a la participación de los trabajadores en la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.	COORDINADOR SST									P																1	0	1	
		Revisar la lista de materias primas e insumos, productos intermedios o finales, subproductos y desechos y verificar si estas son o están compuestas por agentes o sustancias catalogadas como cancerígenas en el grupo 1 de la clasificación de la Agencia Internacional de	COORDINADOR SST													P												1	0	1	
		2.1. CONTRATISTAS Y PROVEEEDORES																											
		Solicitar los certificados de aptitud labora (exames medicos),pago de planillas seguridad social, documentos del SG-SST, al area de contratos del personal de prestación der servicios	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Solicitar evidencia de registros asistencia, formatos de inspecciones pre-operacionales de los Equipos y Herramientas	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		2.2. ELEMENTOS D EPROTECCIÓN PERSONAL																											
		Control entrega de dotacion	RRHH, COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		control y entrega de EPP	RRHH, COORDINADOR SST, INSPECTOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		3. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO																											
		Realizar Exámenes médicos ocupacionales, periódicos personal	GERENCIA GENERAL RRHH	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Revisión de Diagnostico de Condiciones de Salud	COORDINADOR SST									P								P								2	0	2	
		Documentación, Implementación Programa de Vigilancia Epidemiologica Biomecanico	ARL COLMENA													P												1	0	1	
		Seguimiento a Remisiones y Restricciones Medico Laborales	COORDINADOR SST									P								P								2	0	2	
		4. PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS / BRIGADAS																											
		Revision y Actualización del plan de Emergencias, debe incluir el analisis amenazas y de vulnerabilidad	COORDINADOR SST, CON ASESORIA DE ARL COLMENA									P																1	0	1	
		Socializacion Plan de Emergencias a funcionarios	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST					P																				1	0	1	
		Capacitacion primeros auxilios	COORDINADOR SST																			P						1	0	1	Se realiza en oficina administrativas
		Capacitacion contra incendios	COORDINADOR SST																					P				1	0	1	
		Capacitacion evacuacion	COORDINADOR SST															P										1	0	1	
		Conformación de la Brigada de Emergencias	COORDINADOR SST RRHH					P																				1	0	1	Se realiza en oficina administrativas
		Simulacro de Evacuación en Primeros Auxilios y Contraincendios	ARL COLMENA, COORDINADOR SST, RRHH Y COORD. DE BRIGADA											P														1	0	1	
		Participación Simulacro Nacional de Evacuación	COORDINADOR SST, RRHH Y COORD. DE BRIGADA																	P								1	0	1	
		5. CAPACITACIONES																											
		Capacitación Inducción y Re-Inducción a Todo Personal Incluyendo Contratistas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST									P																1	0	1	
		Capacitación Normas de Seguridad Tecnicas en Equipos y Herramientas Criticas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST					P																				1	0	1	
		Capacitación Prevención de Accidentes de Trabajo y Enferemedad Laboral	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST							P																		1	0	1	
		Capacitación de Estilos de Vida Saludable	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST			P																						1	0	1	
		Capacitación Manejo Manual de Cargas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST							P																		1	0	1	
		Capacitación Uso y Mantenimiento adecuado de EPP	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST			P																						1	0	1	
		Capacitación en Pausas Activas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST					P																				1	0	1	
		Socializacion Plan de Emergencias a funcionarios	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST			P																						1	0	1	
		6. COPASST - COMITÉ DE CONVIVENCIA																											
		Divulgación Elecciones Representantes al Copasst y Comité de Convivencia Laboral Trabajadores	RRHH COORDINADOR SST							P																		1	0	1	
		Elección Representantes del Copasst y Comité de Convivencia Laboral	RRHH COORDINADOR SST							P																		1	0	1	
		Reunión Mensual del Copasst	COPASST							P		P		P		P		P		P		P		P		P		9	0	9	
		Reunión Trimestal del Comité de Convivencia	COMITE DE CONVIVENCIA							P				P				P				P				P		5	0	5	
		Capacitacion del Copasst	COORDINADOR SST							P												P						2	0	2	
		Capacitacion Comité de Convivencia Laboral	COORDINADOR SST							P												P						2	0	2	
		Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo	EQUIPO INVESTIGADOR, COPASST																									0	0	0	CUANDO APLIQUE
		7. PROGRAMA DE INSPECCIONES																											
		Inspección gerencial administrativa	GERENTE GENERAL- GERENCIA OPERACIONES																			P						1	0	1	
		Inspección gerencial campo	GERENTE GENERAL- DIRECTOR DE PROYECTO																			P						1	0	1	
		Inspecciónes Puestos de Trabajo	ARL COLMENA, COORDINADOR SST, COPASST																	P								1	0	1	
		Inspección Botiquín de Primeros Auxilios	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST			P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		11	1	10	
		Inspección de Extintores	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST			P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		11	1	10	
		Inspección Elementos de Protección Personal	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST							P						P						P						3	0	3	
		Inspección Equipos de Protección Contra-Caidas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST																									0	0	0	CUANDO APLIQUE
		Inspección Tecnica por Personal Competente Y Pruebas Tecnicas a; Equipos y Maquinaria, Herramientas Electricas, Equipos de Protección contra Caidas	PERSONAL CALIFICADO															P						P				2	0	2	
		Inspección de Orden, Aseo y Manejo de Residuos Solidos	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Inspección Equipos Eléctricos y Mecánicos (pulidoras, taladros, roladoras,cizalla,dobladora,soldadores)	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		8. INDICADORES																											
		Evaluación Indicadores de Frecuencia de Ausentismo incluye enfermedad comun, Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo y Consulta de Salud	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Evaluación Indicadores de Acciones preventivas	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Evaluación Indicadores Plan Anual de Trabajo	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Evaluación Indicadores Capacitaciones	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		Evaluación Indicadores de Accidentes Laborales (Investigacion, Severidad, frecuencia)	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	CUANDO APLIQUE
		Evaluación Indicadores Plan de Atención de Emergencias (Simulacros)	COORDINADOR SST											P														1	0	1	
		Evaluación Indicadores de Enfermedad Laboral (Incidencia y Prevalencia), Lesiones incapacitantes.	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	CUANDO APLIQUE
		Evaluación Indicador de Mortalidad de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	CUANDO APLIQUE
		Evaluación Indicador de Ejecución Plan de Trabajo	COORDINADOR SST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2	10	
		9. AUDITORIAS																											
		Realizacion Auditorias Internas - Externas	GERENTE GENERAL- GERENCIA OPERACIONES																			P						1	0	1	
		Revisión Alta dirección Resultados y Alcances de la Auditoria	GERENTE GENERAL																							P		1	0	1	

Nota: Al momento de alimentar los indicadores del programa por favor verificar que los valores sean correctos y veridicos es decir, que exista evidencia de la ejecución de las actividades; adicionalmente revise que la hoja se encuentre correctamente formulada y los resultados coincidan con los datos ingresados.	**PROGRAMADO**	31	27	28	34	31	29	31	29	31	33	28	29	
	EJEJCUTADO	30	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	CUMPLIMIENTO MENSUAL	96,8	88,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0	0	
	CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL	61,88769415			0			0			0			

CONVENCIONES	
	CAMPO VACIO
P	**PROGRAMADO**
E	**EJECUTADO**
R	**REPROGRAMADA**

ANALISIS Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO	**Trimestre 1:**	**Trimestre 2:**	**Trimestre 3:**	**Trimestre 4:**	



OBSERVACIONES

APROBACION PLAN DE TRABAJO ANUAL AÑO 2025

FIRMA RESPONSABLE DEL SG-SST

	PROGRAMA DE CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO EN SST 2025	SST-PGR-001, VERSION: 001 FECHA DE ELABORACIÓN: 15/01/2025

ALCANCE

El presente programa da cubrimiento a todos los trabajadores, contratistas y otro personal involucrado en la operación de CONSORCIO ZF tanto de la sede administrativa como de los diferentes proyectos; así como al personal que conforma las brigadas de emergencias y el Copasst. Se asegurará que todas las capacitaciones o instrucciones sean desarrolladas según las habilidades de comunicación y escolaridad de los trabajadores o personal asistente.

JUSTIFICACIÒN

Cuando el personal cuenta con las competencias y formación requerida según el cargo desempeñado, se reduce la probabilidad que ocurran accidentes laborales y enfermedades profesionales.

OBJETIVO

Promover una conciencia de autocuidado y proteccion del ambiente, en la población trabajadora, contratistas y demás personal vinculado a las actividades de CONSORCIO ZF

INDICADORES

Cobertura: (Nº de trabajadores capacitados en el trimestre / Nº de trabajadores programados en el trimestre)*100	**Cumplimiento:** (Nº de capacitaciones ejecutadas en el trimestre / Nº de capacitaciones programadas en el trimestre)*100

Proyecto/Oficina **CONSORCIO ZF** Fecha Actualización: ENERO DE 2025

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES AREA SST 2025

TEMA	MES (Despliegue la Flecha para P / E / R)												RESPONSABLE
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	
Capacitación Inducción y Re-Inducción a Todo Personal Incluyendo Contratistas	E	E			P								COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Normas de Seguridad Tecnicas en Equipos y Herramientas Criticas			P										COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Prevención de Accidentes de Trabajo y Enferemedad Laboral				P									COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación de Estilos de Vida Saludable		E											COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Manejo Manual de Cargas					P								COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Uso y Mantenimiento adecuado de EPP		E											COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación en Pausas Activas			P										COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Socializacion Plan de Emergencias a funcionarios		P											COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Numero Capacitaciones Programadas	1	4	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
Numero Capacitaciones Realizadas	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Numero Total Capacitaciones	**1**	**4**	**2**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	
CUMPLIMIENTO MENSUAL	**100%**	**75%**	**0%**	**0%**	**0%**								
CUMPLIMIENTO ACUMULADO PROYECTO	**40%**												
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS PROYECTO	**10**												

CONVENCIONES		
		CAMPO VACIO
	P	PROGRAMADO
	E	EJECUTADO
	R	REPROGRAMADA

OBSERVACION

Cronograma de capacitaciones y Charlas de seguridad base, el cual se implementa y se ajusta en los proyectos de acuerdo a la duración de los mismos. Cada proyecto lleva el seguimiento de las capacitaciones realizadas.

FIRMA RESPONSABLE DEL SG-SST

	ESTADISTICAS AÑO 2025	**SST-PGR-001, VERSION: 001** **FECHA DE ELABORACIÓN: 15/01/2025**

Sede: SUMAPAZ **Fecha Actualización** 16 DE FEBRERO 2025

MES	PERSONAL ACTIVO (No. De Colaboradores)	ACCIDENTES DE TRABAJO					ENFERMEDADES LABORALES		DÍAS PERDIDOS POR ENFERMEDAD DE ORIGEN COMÚN	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD		HHT	INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD K: 100.000 (Constante Enfermedad Laboral - prevalencia, incidencia)						
		N° DE AT (LEVES-GRAVES)	N° DE AT (MORTALES)	DIAS DE INCAPACIDAD POR AT	N° DÍAS CARGADOS (NTC 3701 Anexo A - Pérdida Traumática o Quirurgica Miembros)	N° TOTAL DE DÍAS PERDIDOS	N° CASOS NVOS DE EL	N° TOTAL CASOS DE EL		No. EVENTOS	No. DIAS PERDIDOS		Indice Frecuencia	Indice Severidad	Proporcion de AT Mortales (%)	Indice de Lesiones Incapacitantes	Tasa Prevalencia enfermedad Laboral	Tasa Incidencia Enfermedad Laboral	Ausentismo Gral por Causa Médica (%)
17 ENERO AL 16 DE FEBRERO	31					0	0	0		0	0	7440	0,0000	0,0000	0	0,0000	0,0000	0,0000	0,0
17 FEBRERO AL 16 DE MARZO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 MARZO AL 16 DE ABRIL						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 ABRIL AL 16 DE MAYO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 MAYO AL 16 DE JUNIO						0	0	0		1	16	0			0				#¡DIV/0!
17 JUNIO AL 16 DE JULIO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 JULIO AL 16 DE AGOSTO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 AGOSTO AL 16 DE SEPTIEMBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 SEPTIEMBRE AL 16 DE OCTUBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 OCTUBRE AL 16 DE NOVIEMBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 NOVIEMBRE AL 16 DE DICIEMBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DICIEMBRE AL 16 DE ENERO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
TOTAL ANUAL	**31**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	0	0	0	1	16	7440							0,0

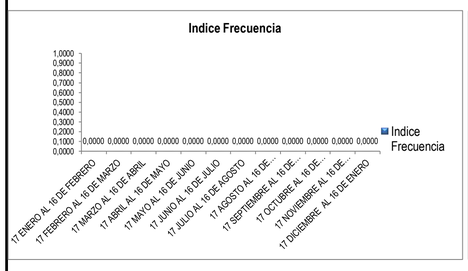
NOTAS:

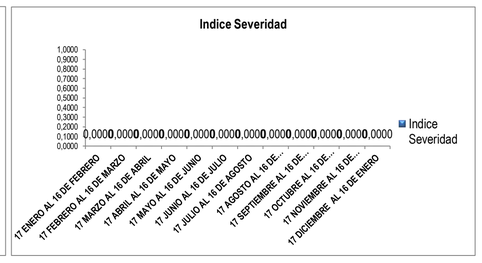
1. Los indicadores se calculan tomando 10 horas laborales
2. Los indicadores se calculan tomando 27 días de trabajo programados promedio
3. IS: Indice de severidad de accidentes de origen laboral
4. IF: Indice de frecuencia de accidentes de origen laboral
5. IM: Proporción de accidentes de trabajo mortales
6. TPE: Prevalencia de la enfermedad laboral
7. TIE: Incidencia de la enfermedad laboral
8. TAG: Ausentismo por causa médica

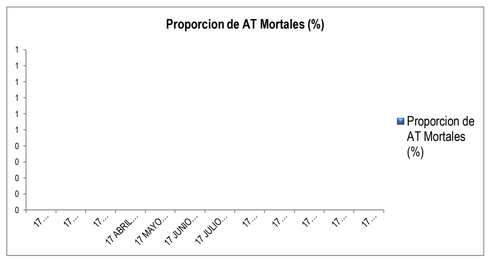
- El numero de casos de enfermedad laboral corresponde a las enfermedades **Calificadas** como laborales y no al numero de personas con enfermedad laboral

- Los días cargados corresponden al número de dias que se cargan o asignana a una lesión ocacionada por un AT o EL, siempre que la lesión origine muerte, invalidez o incapacidad permanente parcial. Los días cargados se utilizan solamente para el cálculo de los indices de severidad, como un estimativo de la pérdida real causada

- La constante 100.000 para los indicadores de enfermedad laboral es la utilizada por la OMS para la estadistica internacional, permitiendo comparación estandarizada

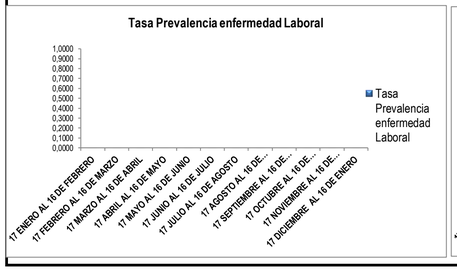


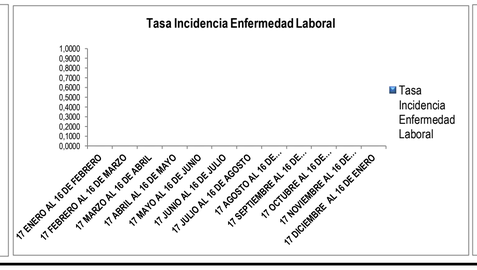


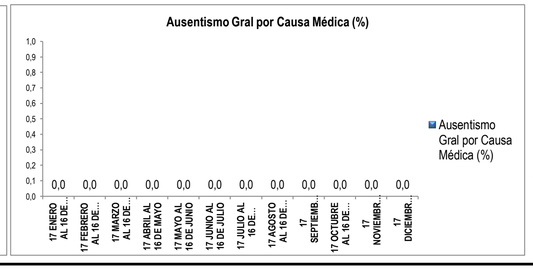


Analisis Trimestre 1:

para el periodo de 17 de enero al 16 de febrero no se presenta ausentismo.







Analisis Trimestre 3:

Analisis Trimestre 4:

ANEXO 10. Maquinaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024223645

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OBE028	CHEVROLET	KODIAK 156	1997

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
6.600	AZUL PERLADO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD NOMINAL
CAMION	PLANCHON -	DIESEL	6000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
9LN05931	N	

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
CM96661401	N	CM96661401	N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE(S) / IDENTIFICACIÓN

INDUCTOS INGENIERIA ESPECIALIZAD — NIT 900133288

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
08014010652887

SE

FECHA IMPORT
10/12/1996

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO	FECHA MATRICULA INICIAL
17/02/1997	14/10/2021	

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.

LT0600402593 4

Powered by CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	05	10	2024	05	14	2025	05	13

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
9310013694301	OBE028	CAMION	PARTICULAR	6600	1997

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	276 - PLANCHON - PLATAFORMA

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
KODIAK 156	9LN05931	CM96661401	CM96661401	6

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
INGEDUCTOS INGENIERIA ESPECIALIZADA SAS	3107621743	NT	900133288	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
45268	9310	45268	9310013694301	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$919,000.00	$477,800.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,398,900.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- *Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.*
- *Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.*
- *Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.*
- *Adquiera su SOAT en lugares autorizados.*

En caso de accidente de tránsito:

- *Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.*
- *Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.*
- *Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.*
- *Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.*

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

Powered by CamScanner

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 174634243

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA DIAGNOSTIYA CELTA

NIT: 901131412

No. de Certificado de Acreditación: 18-OIN-003-001

Fecha de expedición: 2024/07/19

Fecha de vencimiento: 2025/07/19

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	OBE028	**CLASE:**	CAMION
MARCA:	CHEVROLET	**MODELO:**	1997
SERVICIO:	Particular	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	6600	**NRO. MOTOR:**	9LN05931
NRO. CHASIS:	CM96661401	**VIN:**	
LÍNEA:	KODIAK 156		
COLOR:	AZUL PERLADO		

NOMBRE PROPIETARIO: INGEDUCTOS INGENIERIA ESPECIALIZADA SAS

FIRMA DEL RESPONSABLE

MARIO ANDRES ROBAYO BERNAL

Powered by CamScanner

FORMATO		FOS-LYT-003
HOJA DE VIDA - MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 20-ABR-2015

PROYECTO:										UBICACIÓN:	CELTA			
RESPONSABLE DEL EQUIPO:										CARGO:	OPERADOR GRUA			
NOMBRE DEL EQUIPO O MAQUINARIA:	CAMION PLUMA									AÑO DE ADQUISICIÓN	5	4	2019	
DESCRIPCIÓN:	CAMION PLUMA													
CÓDIGO:		PLACA No.	OBE028		No.	26601421				No.	10024223645			
VOLTAJE:		MARCA:	CHEVROLET	SEGURO OBLIGATORIO	VENCE	12	5	2025	LICENCIA DE TRANSITO	De	17	2	97	
REFERENCIA:		MODELO:	1997	CERTIFICADO REVISIÓN	No.	49379317			CERTIFICADO DE	No.				
TIPO DE CARROCERIA:	GRUA	N° DE SERIE:	CM96661401	TECNICOMECANICA	VENCE	19	7	2025	CIRCULACION	VENCE	DD	MM	AA	
CAPACIDAD:	6000 KG - CLASE DE VEHICULO: CARGA MIXTO	POTENCIA:		DIMENSIONES					PESO					

CUENTA CON MANUAL:	SI		NO	x	UBICACIÓN DEL MANUAL:	OFICINA INGEDUCTOS CELTA

FICHA TECNICA



PRECAUCIONES:

• No utilice plumas de grúa , extensiones de pluma , los accesorios y las cargas dentro de 3 m (10 pies) de cables de alta tensión u otros conductores de electricidad .
• Foque y capacidades de auge mostrados son máximos para cada sección.
• No exceda la capacidad a radios reducidos• Las capacidades de carga indicadas en las listas de la capacidad de carga son las cargas máximas permitidas con los estabilizadores extendidos correctamente en una superficie firme, nivelada y la grúa nivelado y montado en un camión recomendado fábrica .
• Siempre nivelar la grúa con el indicador de nivel situado en la grúa.
• El operador debe reducir la carga teniendo en cuenta factores tales como el viento, las condiciones del terreno , las velocidades de operación y sus efectos sobre cargas suspendidas libremente .
• La sobrecarga de esta grúa puede causar colapso estructural o inestabilidad .
• Pesos en los accesorios incorporados al auge o línea de carga se deben deducir de las capacidades de gráficos de carga.
• No exceda la capacidad de pluma en cualquier extremo de la pluma reducidas.
• No deadhead lineblock contra punta de la pluma al extender la pluma o la izada arriba.
• Mantenga al menos tres vueltas de línea de carga en el tambor en todo momento.
• Use solamente el cable especificado en esta máquina .

NOTA:

1. Operar con plumín por radio cuando la pluma principal está completamente extendida. Si el ángulo de la pluma aumento necesario para mantener la radio cargado.
2. Operar con plumín de ángulo de la pluma pluma principal cuando no está completamente extendida. No exceda la capacidad nominal de pluma en cualquier extremo de la pluma reducidas.

DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO NECESARIO											
DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD	PERIODICIDAD				ACTIVIDAD	PERIODICIDAD				MATERIALES A UTILIZAR
		SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	HORAS		SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	HORAS	
SISTEMA HIDRAULICO	LIMPIAR	1									Limpiar las partes metálicas con liquido no inflamable y luego lubricar
ACEITE HIDRAULICO (5 GALONES)	CAMBIO	CUANDO SE REQUIERA				REVISIÓN	1			1000	Aceite hidráulico 32AW
BRAZO	CAMBIO	CUANDO SE REQUIERA				REVISIÓN			5	300	Enfocarse en los siguiente: Cables extensores y retraibles, poleas y pasadores.
ACEITE CAJA DE CAMBIOS	CAMBIO				500	REVISIÓN	1				Requiere GL-5 grado EP 80W/90
ROTACION CAJA DE CAMBIOS Y FRENOS	ENGRASE				50	REVISIÓN	1				Requiere Litio o GP lubricación de rodamiento
ACEITE DEL WINCH	CAMBIO				1000	REVISIÓN	1			500	SAE 80W - 90
MECANISMO DE GIRO	CAMBIO				2000	REVISIÓN	1				Mobilciear XMF 320 / SHC XMF 220 Chevron con compuesto de caja 320 sin plomo Shell aceite Omala 320
GUALLA	CAMBIO	CUANDO SE REQUIERA - Cuando hay reduccion de diametro (inferior a 5/16") - Cuando hay mas de tres 3 rupturas aleatoreas sobre la misma via				REVISIÓN	ANTES DE COMENZAR OPERACIÓN				Diametro 16 mm ó 5/8" Longitud: 150 mt Carga Maxima: 4000 kg

MOTOR						
DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD	PERIODICIDAD				MATERIALES A UTILIZAR
		MENSUAL	ANUAL	HORAS	KM	
ACEITE Y FILTRO	CAMBIO			700	5000	
CADENA DE REPARTICIÓN	REVISIÓN			350	16000	
FILTRO DE COMBUSTIBLE	REVISIÓN			350	16000	
*FILTRO DE COMBUSTIBLE	*CAMBIO			700	32600	
SISTEMA ELÉCTRICO	REVISIÓN		1			
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	REVISIÓN			350	1600	

FECHA	HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS			
DD / MM / AA	DESCRIPCION DEL MANTENIMIENTO	AVERIA O DAÑO ENCONTRADO	REPUESTOS	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL MTO.
6/02/2020	Cambio de aceite y filtros	Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Lubriplus
8/02/2021	Cambio de tarjeta de propiedad gasolina a Diesel			
4/10/2021	Fabricacion e instalacion tubo Hidrualico	tubo hidrualico	tubo hidraulico y racores	contecniequipos
13/10/2021	Reparacion caña de terminal electrica sistema de alternador	reparacion filtros de camion	filtros y aceite	lubriplus
11/12/2021	Vidrio puerta	Vidrio de la puerta lateral		Cristal Car
11/11/2021	Fabricacion y suministro de tubo hidraulico y racores	tubo hidrualico	tubo hidraulico y racores	contecniequipos
6/01/2022	Vidrio lateral instalado	vidrio	vidrio	Cristal Car
19/04/2022	Mantenimiento de brazo hidraulico / calibracion, limpieza, lubricacion	desmonte		grumacol
11/05/2022	limpieza de tanque combustible - suministro de filtro de filtros y trmapa combustible	mantenimiento preventivo	filtros-guayas abrazaderas - mangueras	eurotruck diasel
19/05/2022	cambio filtros de aceite y filtros de aire - cambio de aceite	mantenimiento preventivo	filtros y aceite	Gasodiasel de la sabana
20/09/2022	Mantenimiento general	empaquetduras, valvulas cilindros,filtro, para cambio	npaquetduras, valvulas cilindros,fil	grumacol
6/02/2023	Cambio panoramico y luces de techo	vidrio roto	vidrio empaques y luces	cristal car
3/01/2023	Cambio de Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Tecnilubricantes Stefania - Funza
1/03/2023	Cambio de Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Tecnilubricantes Stefania - Funza
18/07/2023	Cambio de Aceite y Filtros, Cable electrico , bombillos, arreglo de pito ,amarres	otros	Aceite y Filtros,bombillos	Tecnilubricantes Stefania - Funza
18/07/2023	Pasador Muelle	cambio	cambio de Pasador Muelle	servipesados
25/09/2023	Entrega de Kit de aseo	aseo	aromatizante ,limpiador de llantas,silicona simoniz,toalla ,antiempañantes	varios
9/11/2023	Cambio De empaque	empaque y espuma	Cambio de empaque y espumas 13 metros	HC-Cauchos - Mosquera
14/11/2023	Cambio de Aceite y Filtros, Cable electrico , bombillos, arreglo de pito ,amarres	otros	Aceite y Filtros,bombillos	Tecnilubricantes Stefania - Funza
14/11/2023	Piso tapizado	cambio de piso	cambio del piso con tapizado jumbolo mas mano de obra	TAPICERIA DE LUJOS AUTOMOTRIZ NANIS
15/02/2024	Radio AM Y FM Estereo	Compra De Radio	Compra De Radio	Centro Electronico

8/03/2024	Cambio de Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Aceite y Filtros	Tecnilubricantes Stefania - Funza
23/04/2024	Lavado del brazo hidrahulico	lavado a presion	solo el brazo	Autolavado el faro
2/07/2024	Filtro para el brazo	Filtro para hidrahulico	Filtro nuevo	Tecnilubricantes Stefania - Funza
10/07/2024	Luces Estacionaria	Bombillos y hasher direccionales	Luces	Manometros JM
10/07/2024	Graduciacion cloch y prensa	Solo graduacion	cloch	Tecniembragues chuky
29/07/2024	SERVICIO DE TECNOMECANICA	SERVICIO DE TECNOMECANICA	TECNOMECANICA	CDA CELTA
23/09/2024	CAMBIO DE ACEITE	SERVICIO DE CAMBIO DE ACEITE	FILTROS COMBUSTIBLE,ACPM	Tecnilubricantes GYG SAS
13/01/2025	CAMBIO DE ACEITE	SERVICIO DE CAMBIO DE ACEITE Y FILTROS	Aceite y Filtros	Tecnilubricantes GYG SAS
14/01/2025	LAVADO DE LOS TANQUES DEL ACPM	LAVADO DE LOS TANQUES DEL ACPM	VADO DE LOS TANQUES DEL ACI	Autolavado el faro

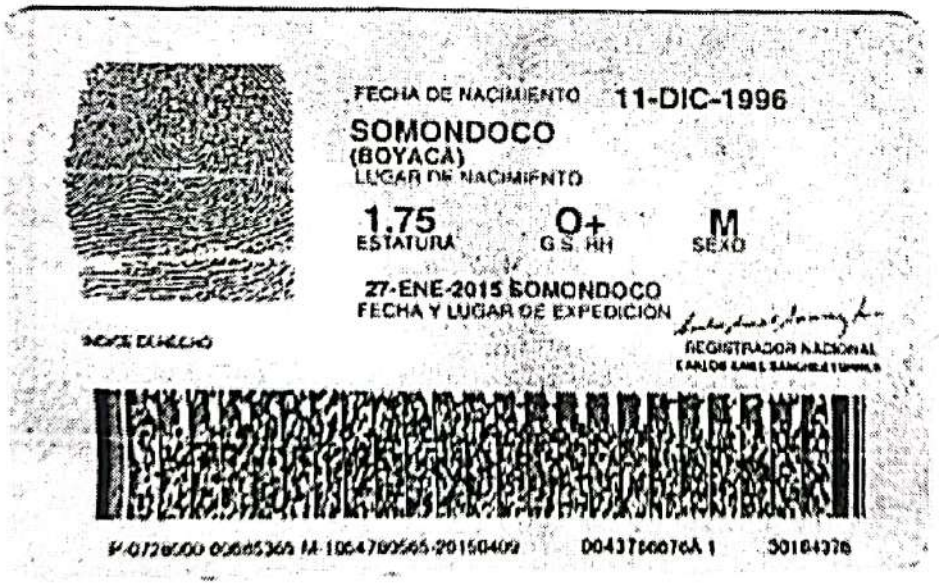
FECHA	OBSERVACIONES SOBRE EL ESTADO DE LA MAQUINARIA O EQUIPO	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL MTO.
20/09/2023	DAÑO DEL BRAZO (CAUSADO POR CONDUCTOR)	PENDIENTE
	PROXIMO DE CAMBIO A LOS 5,000 KM ACEITE	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.780.565
LOPEZ DIAZ
APELLIDOS
JUAN JOSE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1996
SOMONDOCO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

27-ENE-2015 SOMONDOCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10033815753

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OTI754	JAC	HFC 1131 KR1K3	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.900	BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	ABIERTO	DIESEL	

NÚMERO DE MOTOR
87155702

REG N

VIN
LJ11RXCF1C3200063

NÚMERO DE SERIE
LJ11RXCF1C3200063

REG N

NÚMERO DE CHASIS
LJ11RXCF1C3200063

REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
INVER - TRACK SAS

IDENTIFICACIÓN
NIT 901363291

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
210

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
192011000030542

I/E
I

FECHA IMPORT.
20/05/2011

PUERTAS
2

LIMETACIÓN A LA PROPIEDAD
******



FECHA MATRÍCULA
10/07/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.
29/01/2025

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTOYTTE MCPAL LIBANO

LT07003511497

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
931001262580200	13/03/2025	14/03/2025	13/03/2026	310	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	VIGENTE
931001262580100	08/03/2024	09/03/2024	08/03/2025	310	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
1309159760731	24/01/2018	03/02/2018	02/02/2019	320	ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.	NO VIGENTE
0808001148098000	02/09/2016	03/09/2016	02/09/2017	320	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
0808001147425000	17/02/2015	18/02/2015	17/02/2016	320	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 178849575

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2025/01/18

Fecha de vencimiento: 2026/01/18

DATOS VEHÍCULO

PLACA: OTI754

CLASE: CAMION

MARCA: JAC

MODELO: 2012

SERVICIO: Oficial

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5900

NRO. MOTOR: 87155702

NRO. CHASIS: LJ11RXCF1C3200063

VIN: LJ11RXCF1C3200063

LÍNEA: HFC 1131 KR1K3

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL

CERTIFICADO DE MANTENIMENTO DE VEHICULOS

Por el presente documento la división de mantenimiento de equipos de transporte de la empresa. **LUBRICANTES Y FILTROS LA SEXTA AVENIDA S.A.S,** identidad con NIT **901.677.239-7**, Hace constar que se ha realizado el último mantenimiento preventivo del vehículo de marca **JAC** de placa **OTI754**, color blanco.

La asistencia se realizó el 27 de enero de 2025 en las instalaciones ubicada en la avenida calle 6 No 21-43, con las debidas recomendaciones del fabricante

Se ejecutó el mantenimiento del vehículo de placas **OTI754**, cuyo procedimiento fue el siguiente

- Cambio de filtro y aceite del motor
- Cambio de filtros de combustible y filtro separador de agua
- Cambio de filtro de aire primario y secundario
- Engrase total

En el procedimiento se utilizó filtros y aceites fluidos originales adquiridos directamente a cada uno de nuestros proveedores

Se certifica que el vehículo se encuentra en buenas condiciones de funcionamiento

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de enero de 2025

Atentamente,

ALEXANDER RODRIGUEZ JIMENEZ
Representante Legal

Avenida 6 No 21-43, Bogotá, Colombia – 313 3005888 -314 2762754
lubricantesyfiltrosla6@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.284.671**
GOMEZ ROMERO

APELLIDOS
EDWIN HERNAN

NOMBRES
EDWIN HERNAN GÓMEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1993**
VILLAGOMEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

18-JUL-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00330630-M-1026284671-20110902 0027924593A 1 36856245



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1026284671

Libertad y Orden

NOMBRE

EDWIN HERNAN GOMEZ ROMERO

FECHA DE NACIMIENTO

08-07-1993

O+

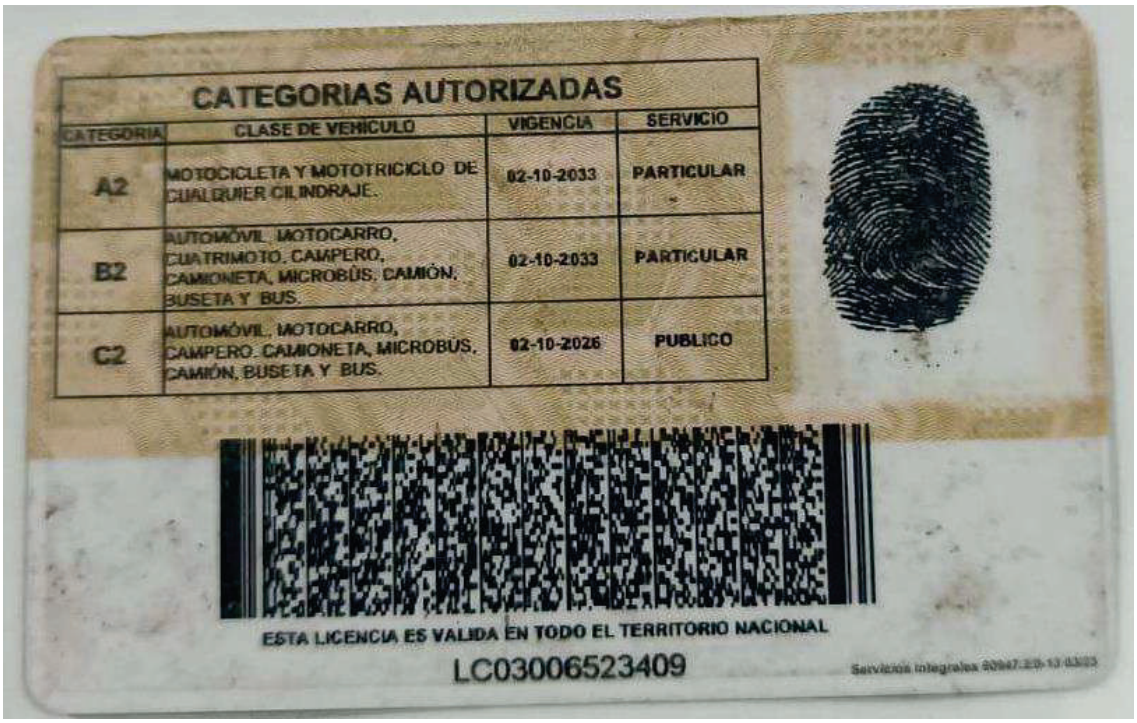
FECHA DE EXPEDICION

02-10-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	02-10-2033	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	02-10-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	02-10-2026	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03006523409

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.767.107

SALINAS CALDERON

APELLIDOS

GEOVANNI

NOMBRES

Geovanni Salinas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1976**

SOMONDOCO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00126553-M-0079767107-20081111 **0005**700216A 1 1490025097

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79767107

NOMBRE

GEOVANNI SALINAS CALDERON

FECHA DE NACIMIENTO

27-07-1976

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

04-12-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyTTE MCPAL GIRARDOT

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	18-10-2032	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	04-12-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	04-12-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07002793739

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-21, 04:00:01 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 67100038

Periodo Cotización: enero **Periodo Servicio:** enero

PAGADO 21/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GEOVANNI SALINAS CALDERON		
Documento	CC79767107	**Dirección**	CARRERA 107 A 131 B 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123843026
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min Educación	Total
CC 79767107	GEOVANNI SALINAS CALDERON	59	00																	0	0	0	0		(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	05)SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	6,96	$ 1.300.000	$ 90.500	(NIN-CC) NINGUNACCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 461.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgo	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 90.500	$	$	$	$	$	$	$	$ 461.000	$	$ 461.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICADO DE MANTENIMENTO DE VEHICULOS

Por el presente documento la división de mantenimiento de equipos de transporte de la empresa. **LUBRICANTES Y FILTROS LA SEXTA AVENIDA S.A.S,** identidad con NIT **901.677.239-7**, Hace constar que se ha realizado el último mantenimiento preventivo del vehículo de marca **JAC** de placa **OTI754**, color blanco.

La asistencia se realizó el 27 de enero de 2025 en las instalaciones ubicada en la avenida calle 6 No 21-43, con las debidas recomendaciones del fabricante

Se ejecutó el mantenimiento del vehículo de placas **OTI754**, cuyo procedimiento fue el siguiente

- Cambio de filtro y aceite del motor
- Cambio de filtros de combustible y filtro separador de agua
- Cambio de filtro de aire primario y secundario
- Engrase total

En el procedimiento se utilizó filtros y aceites fluidos originales adquiridos directamente a cada uno de nuestros proveedores

Se certifica que el vehículo se encuentra en buenas condiciones de funcionamiento

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de enero de 2025

Atentamente,

ALEXANDER RODRIGUEZ JIMENEZ
Representante Legal

Avenida 6 No 21-43, Bogotá, Colombia – 313 3005888 -314 2762754
lubricantesyfiltrosla6@gmail.com

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 178849575

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO MOTOR AVENIDA BOYACA

NIT: 900274028

No. de Certificado de Acreditación: 10-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2025/01/18

Fecha de vencimiento: 2026/01/18

DATOS VEHÍCULO

PLACA: OTI754

CLASE: CAMION

MARCA: JAC

MODELO: 2012

SERVICIO: Oficial

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5900

NRO. MOTOR: 87155702

NRO. CHASIS: LJ11RXCF1C3200063

VIN: LJ11RXCF1C3200063

LÍNEA: HFC 1131 KR1K3

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUDY ADELA GONZALEZ BERNAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10033815753

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OTI754	JAC	HFC 1131 KR1K3	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
5.900	BLANCO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	ABIERTO	DIESEL	

NÚMERO DE MOTOR
87155702

REG
N

VIN
LJ11RXCF1C3200063

NÚMERO DE SERIE
LJ11RXCF1C3200063

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
LJ11RXCF1C3200063

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
INVER - TRACK SAS

IDENTIFICACIÓN
NIT 901363291

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
210

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
192011000030542

I/E
I

FECHA IMPORT.
20/05/2011

PUERTAS
2

LIMETACIÓN A LA PROPIEDAD

******



FECHA MATRÍCULA
10/07/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.
29/01/2025

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL LIBANO

LT07003511497

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
931001262580100	08/03/2024	09/03/2024	08/03/2025	310	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	VIGENTE

ANEXO 11. Capacitaciones

REGISTRO DE ASISTENCIA		FOS-SST-016, VERSION: 001
		FECHA DE ELABORACION: 19/06/2016

FECHA: 19/02/25	PROYECTO: las animas	RESPONSABLE: Johanna Katerine Martinez V.
LUGAR: Biblioteca	TIEMPO: 15 minutos	TURNO: 7 A 5.
TEMA: uso correcto y cuidado de los elementos de protección		

DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL TEMA SST TRATADO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR PROACTIVAMENTE AL PIE DE LA LETRA CON DICHO TEMA, PORQUE EN CASA ME ESPERAN, EN CONSTANCIA FIRMO:

	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Fabian Danilo Diaz Diaz	1022988379	Ayudante	majoli	Danilo Diaz
2	Elvis Julian Fajardo Diaz	1032656068	Ayudante	Majoli	
3	Jeisson Andres Diaz Ramirez	1001770075	Ayudante	Majoli	
4	Johnny Bermudez	80. 811 745	op	MAJOLI SAS	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Powered by CamScanner

REGISTRO DE ASISTENCIA		FOS-SST-016, VERSION: 001
		FECHA DE ELABORACION: 19/06/2016

FECHA: 03/02/25	PROYECTO: las aguilas	RESPONSABLE: Johanna Katerine Martinez V.
LUGAR: biblioteca	TIEMPO: 15 minutos	TURNO: 7 A 5
TEMA: inducción de personal de ingreso a obra capacitación SST		
DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL TEMA SST TRATADO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR PROACTIVAMENTE AL PIE DE LA LETRA CON DICHO TEMA, PORQUE EN CASA ME ESPERAN, EN CONSTANCIA FIRMO:		

	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Fabian Danilo Diaz Diaz	1022988379	Ayudante	MaJoli	Danilo Diaz
2	Elvis Julian Fajardo Diaz	1032656068	Ayudante	Majoli	
3	Jeisson Andres Diaz Ramirez	1001170075	Ayudante	MaJoli	
4	Jonathan Bautista.	80 811 745	of	Majoli. SAS	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Powered by CamScanner

REGISTRO DE ASISTENCIA		FOS-SST-016, VERSION: 001
		FECHA DE ELABORACION: 19/06/2016

FECHA: 03/02/25	PROYECTO: Laguna Verde.	RESPONSABLE: Johanna Katerine Martinez V.
LUGAR: obra.	TIEMPO: 15 minutos.	TURNO: 7 A 5.
TEMA: inducción de personal de ingreso a obra capacitación SST		
DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL TEMA SST TRATADO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR PROACTIVAMENTE AL PIE DE LA LETRA CON DICHO TEMA, PORQUE EN CASA ME ESPERAN, EN CONSTANCIA FIRMO:		

	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	JOSE ALIRO GOMEZ	80812630	OFICIAL	MAGOLI	JOSE GOMEZ
2	Rafael Esteban Gomez	1032656072	Ayudante	magoli	Esteban
3	Angel Aluciro Gutierrez	1032656168	Ayudante	magoli	angel Gutierrez
4	oliverio ruiz	77777x4135	Ay obra	magoli	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Powered by CamScanner

REGISTRO DE ASISTENCIA		FOS-SST-016, VERSION: 001
		FECHA DE ELABORACION: 19/06/2016

FECHA: 10/02/25	PROYECTO: laguna verde.	RESPONSABLE: Johanna Katerine Martinez V.
LUGAR: obra.	TIEMPO: 15 minutos	TURNO: 7AS
TEMA: uso correcto de los EPP. y sus cuidados		

DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL TEMA SST TRATADO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR PROACTIVAMENTE AL PIE DE LA LETRA CON DICHO TEMA, PORQUE EN CASA ME ESPERAN, EN CONSTANCIA FIRMO:

	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	JOSE ALIRIO GOMEZ	80812630	OFICIAL	MAGOLI	JOSE R GOMEZ
2	Rafael Estefan Gomez	1032656072	Ayudante	magoli	Estefan
3	Angel Alveiro Gutierrez	1032656168	Ayudante	magoli	Angel Gutierrez
4	Oliverio Ruiz	7777941135	Ayudante	magoli	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Powered by CamScanner

REGISTRO DE ASISTENCIA		FOS-SST-016, VERSION: 001
		FECHA DE ELABORACION: 19/06/2016

FECHA: 03/07/25	PROYECTO: sede tabajer	RESPONSABLE: Johanna Katerine Martinez U.
LUGAR: patio	TIEMPO: 25 minutos	TURNO: a.m.
TEMA: inducción de ingreso a obra.		

DECLARO QUE HE ENTENDIDO EL TEMA SST TRATADO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR PROACTIVAMENTE AL PIE DE LA LETRA CON DICHO TEMA, PORQUE EN CASA ME ESPERAN, EN CONSTANCIA FIRMO:

	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
1	Heiner Alexander Parra Parra	1000867532	ayudante de obra	Heiner Parra
2	Nicolas Gutierrez	1007640720	Ayudante de obra	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Powered by CamScanner

ANEXO 12. Mujeres en la contratación

CERTIFICA QUE

El **CONSORCIO ZF** identificado con **NIT: 901.891.370-0,** ha venido dando cumplimiento a cabalidad y según los porcentajes que establece el articulo 3 del decreto distrital 332 de 2020, de acuerdo a las ramas de la actividad económica del contrato de obra C01. PCCNTR. 7004833, con objeto **"EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.** Desde el 17 de enero de 2025 hasta el 16 de febrero ha cumplido un 6,45% de mujeres en el proyecto, como se discrimina en el pago de seguridad social y lo reportado en el informe mensual SST de obra.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de mayo del año 2025.

Firma:



KATHERINE RIOS PORTILLA
C.C.: 1010196116 de Bogotá
Representante Legal
CONSORCIO ZF

ANEXO 13. Personal en condición de discapacidad

Trabajo	PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02 Versión: 4.0 Fecha: Enero 31 de 2021 Página 1 de 1

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ

A QUIEN INTERESE
HACE CONSTAR:

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del **Certificado de Vinculación de Trabajadores con Discapacidad**, se evidencia lo siguiente:

RADICADO:	13EE2025721100000012089
FECHA RADICADO:	13/03/2025
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	RIVAL CONSTRUCCIONES E INVERSIONES S.A.S.
IDENTIFICACIÓN:	901.373.028-4

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	2
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: *Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 (Puntaje adicional)*	1
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO ACREDITADOS CON CERTIFICADO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL: *Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997* *Artículos 2.2.1.2.4.2.8 y 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015 (Factores de desempate)*	1
D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO: *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con dos decimales.*	50,00%

ADVERTENCIA: Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o del sistema de preferencias en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención al beneficio verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al termino de ejecución del contrato. **CD00850**

Corresponderá a la Entidad o Empresa contratante verificar lo antes señalado, por lo cual, el contratista deberá aportar la documentación que le sea solicitada y que acredite el cumplimiento de lo establecido, conforme con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.7 y 2.2.1.2.4.2.17 (numeral 3) del Decreto 1082 de 2015.

El Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control en los asuntos de su competencia.

NOTA: "A partir del lunes 3 de marzo de 2025, el presente certificado será comunicado por el inspector de conocimiento al correo electrónico aportado por el solicitante"

La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015

Dado en, Bogotá D.C. el miércoles, 9 de abril de 2025

CARLOS ARTURO RIVEROS MARTINEZ

Verificó y Elaboró: R.Aldana

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE		KOZMA	ARIAS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X			

Número de documento de identidad: 1031130976

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
ZONAMEDICA MR SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2022	12	21

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
900170994

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	58.33
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2 b210.2 b760.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s110.322
3. Codigos Actividades y Participación
d155.3 d598.4 d879.3

Scanned with CamScanner

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANDRES LOPERA TORRES	Medicina	CC-1020833283
NICOLAS ARTURO QUINCHE RAMIREZ	Psicología	CC-1033810031
IVONNE GONZALEZ LINARES	Fonoaudiología	CC-53105714

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Scanned with CamScanner

ANEXO 14. Registro Fotográfico.











HERRAMIENTAS Y EQUIPOS





SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIONES







DEMOLICIÓN Y TRASIEGO



PAUSAS ACTIVAS







CHARLAS Y CAPACITACIONES