INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA N° 4	



JET INGENERIA S A S

CONTRATO DE OBRA No.

20241223-002

INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 04

Periodo: 01 al 31 de Mayo del 2025

Contrato de interventoría No. 20241223-002 "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, AMBIENTAL Y SST A LA OBRA QUE TIENE POR OBJETO ADECUACION Y DOTACION DEL INMUEBLE CASA LASCAR DESTINADO AL DESARROLLO FORTALECIMIENTO DE LAS PACTICAS Y ACTIVIDADES ARTISTICAS Y CULTURALES"

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA N° 4	

INTRODUCCIÓN

La alcaldía de puerto Colombia a través de la **Licitación Publica LP 004-2024,** adjudico contrato de obra, al consorcio cultural casa lascar identificado con NIT 901.899.974-5 representado legalmente por el sr FEDERICO NOBMAN SANTOS cuyo objeto es: **"ADECUACION Y DOTACION DEL INMUEBLE CASA LASCAR EN EL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA, ATLANTICO".**

De otro lado se derivo el **contrato de consultoría (modalidad interventoría) No. CMA 2024-10- 10-001** a la empresa JET INGENERIA SAS, identificado el NIT No. 802.024.876-8, representado legalmente por **RAFAELA PAOLA PASSO**, cuyo objeto es: **Contrato de interventoría No. 20241223-002 "INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, AMBIENTAL Y SST A LA OBRA QUE TIENE POR OBJETO ADECUACION Y DOTACION DEL INMUEBLE CASA LASCAR DESTINADO AL DESARROLLO FORTALECIMIENTO DE LAS PACTICAS Y ACTIVIDADES ARTISTICAS Y CULTURALES".**

La Seguridad y Salud en el Trabajo - SST, es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

El presente informe indica las actividades relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo, del proyecto " **ADECUACION Y DOTACION DEL INMUEBLE CASA LASCAR EN EL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA ATLANTICO".**

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA N° 4	

OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer las actividades relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo realizadas durante del periodo comprendido entre el 1 al 31 de Mayo del 2025.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Prevenir los accidentes y enfermedades laborales del personal "**Adecuación y dotación del inmueble casa lascar en el municipio de puerto Colombia",** a través de la identificación de peligros, evaluación de riesgos y aplicación de controles; y el cumplimiento de la normatividad legal vigente aplicable en materia de riesgos laborales, con el fin de lograr el mejoramiento continuo de la gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- Identificar, evaluar, prevenir, intervenir, realizar seguimiento y control de los factores de riesgo a los que se expone el personal que labora en el proyecto.

- Fomentar una cultura encaminada al autocuidado mediante la adopción de hábitos de vida saludable, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad y conducta de riesgo en el proyecto.

- Garantizar las condiciones de seguridad mínima requeridas de las maquinas, equipos y herramientas para la prevención de accidentes y enfermedades laborales.

- Mantener los lugares de trabajo limpios y ordenados, con el fin de obtener un optimo aprovechamiento del espacio y una mayor seguridad en las tareas, logrando así un entorno de trabajo más cómodo y agradable para minimizar accidentes laborales.

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA N° 4	

RESUMEN DEL CONTRATO

DATOS DE LA OBRA	
Nombre de la Obra:	ADECUACION Y DOTACION DE CASA CULTURA LASCAR

Ubicación de la obra (Municipio o distrito, dirección o georreferenciación) / Cédula catastral y folio de matrícula inmobiliaria:
La localización del proyecto se encuentra exactamente en la Calle 2 # 7-39





Fuente: Google mapa /Google Earth

Área del lote del proyecto (m2):	630.5 m2 aprox
Área construida aprobada (m2):	385.33 m2 aprox
fecha inicio	03 -febrero-2025
fecha fin	04-agosto -2025

El municipio de puerto Colombia esta ubicado al noroccidente del departamento del Atlántico. Colindando al norte con las costas del mar caribe; también forma parte del área metropolitana de barranquilla, esta ubicado en las coordenadas geográficas 10º59'2" de latitud norte y 74º57'2" de longitud Oeste, con una altitud promedio de 15 m.s.n.m. A una distancia de 15 kilómetros de barranquilla, capital del departamento. Su extensión aproximada es de 93 km² y con temperatura media de 27,8 C. La población total del municipio es de 48.637 habitantes. La localización del proyecto se encuentra mas exactamente en la calle 2# 7-39.

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA N° 4	

SEGUIMIENTO AL SISTEMA EN GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

1. PLANILAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el presente proyecto se cuenta con la afiliación a seguridad social del 100% del personal vinculado directamente o a través de un contratista, se anexa soporte de planillas pagada correspondiente al periodo evaluado.

Anexo 1. Planillas de seguridad social

NOMBRE DE LA CHARLA	FECHA
	01/05/2025
Pausas activas	02/05/2025
Reciclaje	03/05/2025
Riesgos	05/05/2025
Anclajes	06/05/2025
Señalizaciones	07/05/2025
RCD	08/05/2025
Prevencion de Riesgos	09/05/2025
Lesiones osteomusculares	10/05/2025
Autocuidado	12/05/2025
Habitos saludables	13/05/2025
Calestenia	14/05/2025
Acopio	15/05/2025
Peligros	16/05/2025
Uso correcto de EPP	17/05/2025
Emergencias	19/05/2025
Estres laboral	20/05/2025
Proteccion Ambiental	21/05/2025
Higiene postural	22/05/2025
Lecciones aprendidas	23/05/2025
Pausas activas	24/05/2025
Preoperacionales	26/05/2025
Recursos naturales	27/05/2025

Hidratacion	28/05/2025
Bloqueo	29/05/2025
Condiciones de seguridad	30/05/2025
Medio ambiente	31/05/2025

2.CAPACITACIÓN-CHARLAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Las capacitaciones y charlas en seguridad y salud en el trabajo juegan un papel primordial para el logro de tareas y proyectos, dado que es el proceso mediante el cual los trabajadores adquieren los conocimientos, herramientas, habilidades y actitudes para interactuar en el entorno laboral y cumplir con el trabajo que se les encomienda.
Estas capacitaciones se realizan teniendo en cuenta el cronograma de capacitaciones del contratista que se encuentra dentro del sistema en seguridad y salud en el trabajo.
Las capacitaciones impartidas fueron sobre:

Anexos 2. Registro de capacitaciones-charlas

3.PAUSAS ACTIVAS

Las pausas activas son breves periodos de tiempo durante la jornada laboral donde los colaboradores, a través de diferentes ejercicios, pueden reducir la fatiga muscular y prevenir problemas osteomusculares (en los huesos, articulaciones y músculos). El consorcio casa lascar, cumple con la realización de las pausas activas con todo el personal presente en obra.













PAUSAS ACTIVAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS

Las actividades que se realizaron en el lugar de trabajo comprenden desde el día 01 hasta 30 de Abril del 2025 fueron las siguientes:

- Charlas de seguridad (actividad lúdica que se realiza en los puestos de trabajo “dialogo con los trabajadores sobre temas de SSTA, basado en experiencias, anécdotas y trasmitiendo la información)
- Análisis Seguro de Trabajo (AST)
- inspecciones y preoperacionales (botiquín, camilla y extintor, y/o pre- operacionales a maquinas, equipos y herramientas)
- Jornadas de orden y limpieza en áreas de trabajo intervenidas en el proyecto
- Identificar y analizar de los riesgos que en la obra se pueden generar.

- Establecer estrategias para prevenir, corregir, controlar y minimizar los riesgos y peligros existentes
- Rondas de seguridad para verificación de cumplimiento de las normas Dentro de las actividades realizadas en el mes se encuentra
- Armado y figuración de hierro
- Fundida
- Retiro de RCD
- señalización y demarcación
- Excavaciones (zapatas).
-

5. ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO Y PERMISOS DE TRABAJO (ATS Y PERMISOS).

A diario se realiza el diligenciamiento de los ATS según las actividades a ejecutarse, estos formatos tienen una duración máxima de 8 horas al día siempre y cuando las condiciones de trabajo o ambientales no cambien; de ser así, el ATS se debe cerrar, y abrir uno nuevo donde se contemplen los cambios surgidos.









6.ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los (EPP), se podrían definir como una serie de elementos diseñados para garantizar el aislamiento y limitación entre el trabajador y la fuente potencial de daño o lesión a alguna parte del cuerpo, por tal razón los EPP, deben utilizarse durante los trabajos que se llevaran a cabo. Los elementos de Protección Personal tienen como función principal proteger diferentes partes del cuerpo para evitar que el trabajador tenga contacto directo con factores de riesgo que le puedan ocasionar una lesión o enfermedad.
En este contexto, Jet Ingeniería S.A.S. verifica el suministro oportuno de los Elementos de Protección Personal entregados por el contratista al personal en obra, teniendo en cuenta los riesgos identificados para las actividades que se están ejecutando. Además, proporciona recomendaciones sobre la importancia del uso de estos elementos, con el objetivo de crear una cultura de autocuidado entre el personal directo y los contratistas, a través de charlas y capacitaciones.













REPOSICION Y BUEN USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL (EPP)

7.SEÑALIZACIÓN EN OBRA

La mejora en la seguridad, la salud y condiciones del trabajador depende de la colaboración del colectivo que compone la gestión de la seguridad, va desde la planificación, la identificación, control y evaluación de la seguridad en la obra; con el fin de prevenir los accidentes y enfermedad laborales. La señalización durante toda la ejecución del proyecto es un medio preventivo en el trabajo por todas sus propiedades para la disminución de accidentes laborales. No obstante, forma parte de un plan de prevención complementario a todas las medidas de tipo organizativo, técnico, formativo e informativo que han sido empleadas durante toda la ejecución del proyecto. De modo que la gestión de seguridad significa tomar medidas preventivas y no correctivas. Una efectiva gestión de seguridad persigue tres objetivos principales:

- Lograr un ambiente seguro.
- Hacer que el trabajo sea seguro.
- Hacer que los trabajadores tengan conciencia de la seguridad

Por lo anterior se instala señalización preventiva en obra con el fin de mitigar los posibles impactos sobre los trabajadores y población aledaña, y se disponen las medidas de seguridad pertinentes para cada caso en particular.

Ver registros fotográficos, Señalizaciones del Frente de Obra en ejecución del Consorcio Casa lascar, se evidencia instalación y señalizaciones con el fin de prevenir accidentes e incidentes con los trabajadores, visitantes.







8. INSPECCIONES DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Las inspecciones son esenciales para la seguridad de los equipos, del operador y de los individuos que se encuentran cerca, estas inspecciones constituyen una de las mejores formas de evitar problemas mecánicos y peligros, nos permiten identificar y controlar las condiciones y el estado de los equipos, maquinarias y/o herramientas antes de iniciar cualquier actividad presentes en la obra, con el fin de reducir los posibles riesgos y peligros que puedan derivarse del mal uso o funcionamiento de los mismos:

Anexo 3. Registro inspecciones





INSPECCIONES DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

ITEM	EQUIPO O HERRAMIENTA	UBICACION	MARCA	NOMBRE OPERADOR
1	Sierra	Casa lascar	Makita	Obreros
2	Taladro	Casa lascar	Bosh	Obreros
3	Pala (cuadrada, redonda)	Casa lascar	-	Obreros
4	Barra	Casa lascar	-	Obreros
5	Mazo-martillo	Casa lascar	-	Obreros
6	Carretilla	Casa lascar	-	Obreros
7	Machete	Casa lascar	-	Obreros
8	Pico	Casa lascar	-	Obreros
9	Segueta	Casa lascar	-	Obreros
10	Pulidora	Casa lascar	Dewalt	Obreros
11	Serrucho	Casa lascar	-	Obreros
12	Trompo	Casa lascar	-	Obreros

9. INSPECCIÓN DE SEGURIDAD

inspección de seguridad es un análisis de las condiciones y prácticas de seguridad en un lugar de trabajo. Se realiza para identificar y corregir riesgos y peligros, y así prevenir accidentes y enfermedades laborales; dentro de las cuales tenemos:

- **Botiquines, camilla de Primeros Auxilios:** consiste en verificar que los elementos que contiene estén en buen estado y dentro de su fecha de caducidad para la atención de lesiones personales y/o ambientales. En la obra se cuenta con un

botiquín de primeros auxilios tipo morral, así como una camilla; se encuentran en la oficina de SSTA señalizados y visibles en caso de cualquier eventualidad. Los insumos que se usen son reemplazados a medida que se utilicen, así mismo con aquellos que por su fecha de vencimiento ya no puedan utilizarse.

- **Inspección de equipo contra incendio y derrame:** es una verificación de las condiciones de seguridad de los equipos de protección contra incendios. Se comprobó fecha de recarga, presión hidrostática y su vencimiento, encontrándose al extintor en perfectas condiciones

Registro fotografico

<table>
<tr><td>  </td><td> 
</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td colspan="2">INSPECCIONES</td></tr>
</table>

10. INSPECCIONES DE SEGURIDAD LOCATIVA Y AMBIENTAL.

Las inspecciones de seguridad locativa y ambientales nos permiten identificar condiciones inseguras en la obra de acuerdo con los estándares establecidos con el objetivo de identificar y evaluar los riesgos y peligros presentes en ese lugar sean de Seguridad, Salud en el Trabajo y/o Medio Ambiente.









INSPECCIONES DE SEEGURIDAD LOCATIVA /AMBIENTAL

11. REPORTE DE ACCIDENTES

En este periodo se mantuvieron los niveles de cero (1) accidentes dentro del proyecto.

INFORME MENSUAL DE INTERVENTORIA N° 4	

DESCRIPCION	PERSONAL OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO	CANTIDAD
No. de accidents laborales	1	1
Dias de incapacidad por accidents laborales	1	30

Es un indicador que mide la cantidad de accidentes que ocurren en un período determinado; este con el fin de identificar las causas de los accidentes para establecer estrategias de prevención y/o tomar medidas correctivas para la posible ocurrencia de futuros accidentes similar.

En el mes se presento un accidente labora; el cual fue reportado en la ARL sura. El día 23 de mayo de 2025, mientras se encontraba realizando actividades de figuración de hierro, en este accidente se diagnostico una fractura en la muñeca de la mano derecha con una incapacidad de 30 dias.

PERSONAL EN OBRA

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO
NATALY BROCHERO ARELLANO	1.042.440.133	HSEQ
ASTRID DEL CARMEN MCKINLEY MADERO	32.816.513	ALMACENISTA
ALVARO JOSE GUERRERO SARMIENTO	8.759.262	ARQ. RESIDENTE
JOSE VICENTE BALLESTA NAVARRO	8.711.773	ARQ. PRESUPUESTO
ADOLFO SANCHEZ CARPIO	7.473.152	DIR. DE OBRA
CARLOS NORIEGA SALCEDO.	8.759.829	ENCARGADO
JOSE MANUEL RUDA OROZCO.	1.045.754.554	OFICIAL
VIDAL ANTONIO PACHECO OLIVERO	72.310.219	VIGILANTE
TIRSA COROMOTO PADILLA	1.140.906.628	SOCIAL
ALBERTO JOSE PALMERA RODRIGUEZ.	1.151.450.281	AYUDANTE
LUIS ENRIQUE POLO AVILA.	1.044.426.063	AYUDANTE
ROQUE VILORIA MASS.	10777481	AYUDANTE
RONALD ANDRADE MARTINEZ.	1.048.267.515	OFICIA DE HERRERIA
MOISES RODRIGUEZ MACANO.	5.704.722	AYUDANTE
HUMBERTO REYES GONZALEZ	8.487.762	AYUDANTE

ELIECIT SAMPAYO HERNANDEZ	1.007.276.126	AYUDANTE
IVAN ANTONIO GUTIERREZ VARGAS	1.044.423.981	AYUDANTE
ADOLFO JOSE MAURY MACIAS	1.044.434.323	AYUDANTE
LUIS DAVID RUA ROMERO	1.044.430.993	AYUDANTE
OSWAINER RODRIGUEZ BETANCOURT	1.044.432.455	AYUDANTE
DARIO ARCILA ARZUZA	1.065.654.089	AYUDANTE
ROBERT GUZMAN DE ORO	8.795.005	OFICIAL CARPINTERIA

CONCLUSION

Durante el presente mes, la interventoría en materia de Seguridad y Salud en el trabajo permitió realizar un seguimiento detallado a las actividades programadas dentro del SG-SST del contratista. Se verificó el cumplimiento de los estándares mínimos, el desarrollo de capacitaciones, charlas, la ejecución de inspecciones programadas y la atención oportuna a los hallazgos identificados en visitas.
En general, se observa un cumplimiento aceptable con los requerimientos establecidos, aunque persisten algunos aspectos que requieren mayor rigurosidad, especialmente en la señalización y en el cierre oportuno de acciones correctivas.

Se recomienda continuar con el fortalecimiento de la cultura de prevención, así como mantener la trazabilidad de las acciones implementadas, a fin de asegurar la mejora continua del sistema.

La interventoría continuara realizando acompañamiento técnico y verificaciones periódicas para garantizar la implementación efectiva del SG-SST y velar por la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores involucrados en el proyecto.

Anexo 1. Planillas de seguridad social
Anexo 2. Registro de capacitaciones- charlas
Anexo 3. Registro inspecciones de equipos
Anexo 4. Permisos de trabajo en alturas
Anexo 5. Analisis de trabajo seguro (AST)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-06, 10:07:57 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1073189244

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 06/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TEMPO JOB SAS	**Nombre Sucursal**	OBRAS	**Código Sucursal**	01
Documento	NI901555216	**Dirección**	CL 72 #65 - 186 OF 202		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3015723252		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal	VALENCIA DITTA ANDY JAVIER	**Identificación**	CC 1140841755		
Total Afiliados	15	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC 1002012602	JUAN DAVID GUEVARA ATENCIA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS010) EPS SURA	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.000
CC 1007276126	ELIECIT SAMPAYO HERNANDEZ	01	00	X																0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 1.091.350	$ 174.700	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 1.091.350	$ 43.700	6,960	$ 1.091.350	$ 76.000	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 294.500
CC 1044423981	IVAN ANTONIO GUTIERREZ VARGAS	01	00	X																0	12	12	12	12	(230301) PORVENIR	$ 569.400	$ 91.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 569.400	$ 22.800	6,960	$ 569.400	$ 39.700	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.800
CC 1044426063	LUIS ENRIQUE POLO AVILA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 1044430993	LUIS DAVID RUA ROMERO	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 474.500	$ 76.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 474.500	$ 19.000	6,960	$ 474.500	$ 33.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200
CC 1044432455	OSWAINER RAFAEL RODRIGUEZ BETANCOURT	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 474.500	$ 76.000	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 474.500	$ 19.000	6,960	$ 474.500	$ 33.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200
CC 1044434323	ADOLFO JOSE MAURY MACIAS	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 474.500	$ 76.000	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 474.500	$ 19.000	6,960	$ 474.500	$ 33.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200
CC 1048267515	RONAL ALBEIRO ANDRADE MARTINEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS048) EPS-S MUTUAL SER	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 1065654089	DARIO DAVID ARCILA ARZUZA	01	00	X	X															0	6	6	6	6	(231001) COLFONDOS	$ 284.700	$ 45.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 284.700	$ 11.400	6,960	$ 284.700	$ 19.900	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.000
CC 10777481	ROQUE VILORIA MASS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 1084736674	KEINER JOSE CAMPO ALVAREZ	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.000
CC 1151450281	ALBERTO JOSE PALMERA RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 8487762	HUMBERTO FAVIO REYES GONZALEZ	01	00	X	X															0	8	8	8	8	(230201) PROTECCION	$ 379.600	$ 60.800	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 379.600	$ 15.200	6,960	$ 379.600	$ 26.500	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 102.600
CC 8795005	ROBERT ENRIQUE GUZMAN DE ORO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 284.700	$ 45.600	(EPS010) EPS SURA	$ 284.700	$ 11.400	6,960	$ 284.700	$ 19.900	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.000
PT 5704722	MOISES RODRIGUEZ MARCANO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	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
$ 11.245.650	$ 11.245.650	$ 11.245.650	$ 15.000	$ 1.800.100	$ 450.300	$ 783.600	$ 1.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.035.500	$ 0	$ 3.035.500

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-06, 10:07:57 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1073189244

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 06/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TEMPO JOB SAS	**Nombre Sucursal**	OBRAS	**Código Sucursal**	01
Documento	NI901555216	**Dirección**	CL 72 #65 - 186 OF 202		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3015723252		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal	VALENCIA DITTA ANDY JAVIER	**Identificación**	CC 1140841755		
Total Afiliados	15	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 Ministerio	Total
CC 1002012602	JUAN DAVID GUEVARA ATENCIA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS010) EPS SURA	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.000
CC 1007276126	ELIECIT SAMPAYO HERNANDEZ	01	00	X																0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 1.091.350	$ 174.700	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 1.091.350	$ 43.700	6,960	$ 1.091.350	$ 76.000	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 294.500
CC 1044423981	IVAN ANTONIO GUTIERREZ VARGAS	01	00	X																0	12	12	12	12	(230301) PORVENIR	$ 569.400	$ 91.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 569.400	$ 22.800	6,960	$ 569.400	$ 39.700	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.800
CC 1044426063	LUIS ENRIQUE POLO AVILA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 1044430993	LUIS DAVID RUA ROMERO	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 474.500	$ 76.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 474.500	$ 19.000	6,960	$ 474.500	$ 33.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200
CC 1044432455	OSWAINER RAFAEL RODRIGUEZ BETANCOURT	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 474.500	$ 76.000	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 474.500	$ 19.000	6,960	$ 474.500	$ 33.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200
CC 1044434323	ADOLFO JOSE MAURY MACIAS	01	00	X																0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 474.500	$ 76.000	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 474.500	$ 19.000	6,960	$ 474.500	$ 33.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200
CC 1048267515	RONAL ALBEIRO ANDRADE MARTINEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS048) EPS-S MUTUAL SER	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 1065654089	DARIO DAVID ARCILA ARZUZA	01	00	X	X															0	6	6	6	6	(231001) COLFONDOS	$ 284.700	$ 45.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 284.700	$ 11.400	6,960	$ 284.700	$ 19.900	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.000
CC 10777481	ROQUE VILORIA MASS	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 1084736674	KEINER JOSE CAMPO ALVAREZ	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.000
CC 1151450281	ALBERTO JOSE PALMERA RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000
CC 8487762	HUMBERTO FAVIO REYES GONZALEZ	01	00	X	X															0	8	8	8	8	(230201) PROTECCION	$ 379.600	$ 60.800	(CCFC55) CAJACOPI EPS S.A.S	$ 379.600	$ 15.200	6,960	$ 379.600	$ 26.500	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 102.600
CC 8795005	ROBERT ENRIQUE GUZMAN DE ORO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 284.700	$ 45.600	(EPS010) EPS SURA	$ 284.700	$ 11.400	6,960	$ 284.700	$ 19.900	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.000
PT 5704722	MOISES RODRIGUEZ MARCANO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF07) COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	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
$ 11.245.650	$ 11.245.650	$ 11.245.650	$ 15.000	$ 1.800.100	$ 450.300	$ 783.600	$ 1.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.035.500	$ 0	$ 3.035.500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901899974	5	CONSORCIO CULTURAL CASA LASCAR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO	Carrera 54 #68-196	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1486720373	9486070456	E	2025/05/19	2025/05/16	BANCOLOMBIA	0	$4,630,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	8711773	BALLESTAS NAVARRO JOSE VICENTE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
2	CC	1042440133	BROCHERO ARELLANO NATALY	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
3	CC	8759262	GUERRERO SARMIENTO ALVARO DE JESUS	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
4	CC	32816513	MCKINLEY MADERO ASTRID DEL CARMEN		0	$0	$0	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
5	CC	1140865846	NOBMANN MCKINLEY MICHELLE STEPHANY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
6	CC	8759829	NORIEGA SALCEDO CARLOS LUIS		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	CC	72310219	PACHECO OLIVERO VIDAL ANTONIO	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
8	CC	1045754554	RUDAS OROZCO JOSE MANUEL	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	7473152	SANCHEZ CARPIO ADOLFO ENRIQUE		0	$0	$0	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF07	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
Total	**Afiliados(9)**					**$8,541,000**	**$1,366,800**			**$12,811,500**	**$1,360,000**			**$12,811,500**	**$513,000**			**$12,811,500**	**$891,900**		**$9,964,500**	**$499,100**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$1,366,800	$0	$0	$1,366,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$455,600	$0	$0	$455,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$891,900	$0	$0	$891,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$891,900	$0	$0	$891,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$513,000	$0	$0	$513,000
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	9	$513,000	$0	$0	$513,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$534,000	$0	$0	$534,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$413,000	$0	$0	$413,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$299,600	$0	$0	$299,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	7	$299,600	$0	$0	$299,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$199,500	$0	$0	$199,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	7	$199,500	$0	$0	$199,500
TOTAL				**9**	**$4,630,800**	**$0**	**$0**	**$4,630,800**

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007276126
Nombre:	ELIECIT SAMPAYO HERNANDEZ
Fecha Ingreso:	08/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	07/05/2025 02:53:13 p. m.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIECIT SAMPAYO HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.276.126**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
NRO. RAD 572322	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia X; Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
SAMPAYO	HERNANDEZ	ELIECIT	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.007.276.126	Femenino Masculino X	16 02 1997		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo F N M	Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		17. Ingreso base de cotizante - IBC
Axa Colpatria	PORVENIR	$1.423.500

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Calle 9 # 8 - 31		3242413598	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Pto Colombia	Urbana X Rural	rivera	Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
	Rural Urbana				

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo E	N	M	Condición T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona		Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U	R				
B2		U	R				
B3		U	R				
B4		U	R				
B5		U	R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPO JOB SAS	NIT	901.555.216	

39. Ubicación				
Calle 72 # 65 - 186 Of 202	3015723252	tempojobsas@gmail.com	Barranquilla	Atlantico
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento 42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A: 08052025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Combarranquilla

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
SAMPAYO HERNANDEZ C.	Tempo Job SAS.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ Total

RC ☐ CC ☐ CE ☐ SC ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o senten cia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sóbrela ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		D D M M A A A A
					69. Fecha de Validacion	D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido

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

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	8795005
Nombre:	ROBERT ENRIQUE GUZMAN DE ORO
Fecha Ingreso:	05/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	04/05/2025 09:59:51 p. m.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROBERT ENRIQUE GUZMAN DE ORO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.795.005**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ROBERT ENRIQUE GUZMAN DE ORO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **8795005**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 8795005
NOMBRES Y APELLIDOS	ROBERT ENRIQUE GUZMAN DE ORO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/04/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	53
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	20
EMPLEADOR(ES)	NI 901555216 TEMPO JOB S.A.S DESDE 05/05/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **09/05/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	8487762
Nombre:	HUMBERTO FAVIO REYES GONZALEZ
Fecha Ingreso:	09/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	08/05/2025 03:32:46 p. m.

Dir Calle 11-5-C 56
tel 3503525214
EPS caja cop.
Pensión


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 8.487.762

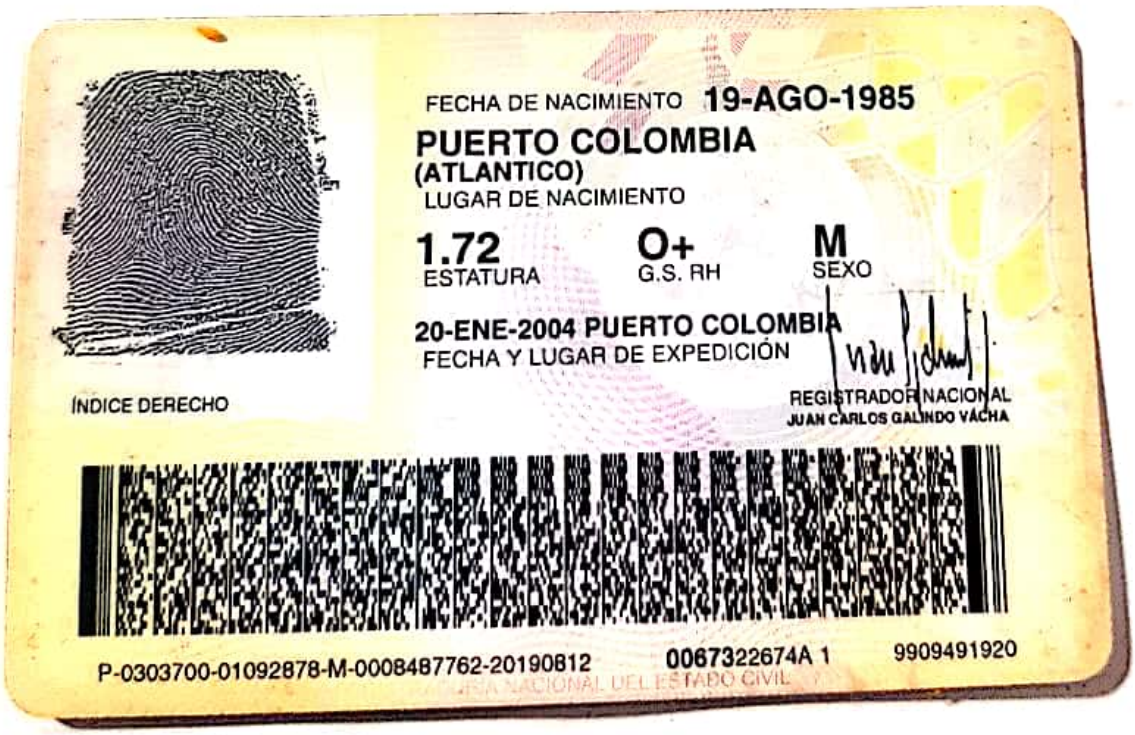
REYES GONZALEZ
APELLIDOS

HUMBERTO FAVIO
NOMBRES

FIRMA

Escaneado con CamScanner

Dir Calle 11 -5-C 56
tel 3503525 14
EPS caja cop.
Pensión



Escaneado con CamScanner

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
NRO. RAD. 572481	D D M M A A A A

1.Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia X; Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
REYES	GONZALEZ	HUMBERTO	FAVIO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	8.487.762	Femenino Masculino X	1 9 0 8 1 9 8 5		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo F N M	Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		17. Ingreso base de cotizante - IBC
Axa Colpatria	PROTECCION	$1.423.500

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
DIRECCIÒN: Calle 11 # 5C – 56.		3503522514	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Pto Colombia	Urbana X Rural	CENTRO	Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
	Rural Urbana				

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo E	N	M	Condición T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona U	R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U	R				
B2		U	R				
B3		U	R				
B4		U	R				
B5		U	R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPO JOB SAS	NIT	901.555.216	

39. Ubicación				
Calle 72 # 65 - 186 Of 202	3015723252	tempojobsas@gmail.com	Barranquilla	Atlantico
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento 42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A: 0 9 0 5 2 0 2 5

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Combarranquilla

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
HumbertoFavioReyes.	Tempo Job SAS.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ Total

RC ☐ CC ☐ CE ☐ SC ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o senten cia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sóbrela ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validacion
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido

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

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014751575	1|5|0|5|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
GUTIERREZ Primer apellido	VARGAS Segundo apellido	IVAN Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1044423981	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			1|8|0|5|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

CR 11 9 37 Dirección	3457 Telefono fijo	3108865257 Telefono celular	Correo electronico
ATLANTICO Departamento	BARRANQUILLA Municipio/Distrito	57 Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS 20 DE JULIO BARRANQUILLA - VS UOD ALKARAWI	VS20JULIOB - VSUODALKAR
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
TEMPO JOB S.A.S.	NIT	901555216	

59.Ubicación

CL 72 65 186 OF 202 Dirección	3015723252 Teléfono fijo o celular	TEMPOJOBSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	ATLANTICO Departamento	BARRANQUILLA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014751575

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|5|0|5|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **73.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ **74.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☐ **75.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☐ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Ivan Antonio Gutierrez Vargas.	Tempo Job SAS. Nit. 901.555.216-4
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1044423981
Nombre:	IVAN ANTONIO GUTIERREZ VARGAS
Fecha Ingreso:	15/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	14/05/2025 11:17:20 a. m.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

IVAN ANTONIO GUTIERREZ VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.423.981**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1044432455
Nombre:	OSWAINER RAFAEL RODRIGUEZ BETANCOURT
Fecha Ingreso:	19/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/05/2025 11:34:06 p. m.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSWAINER RAFAEL RODRIGUEZ BETANCOURT, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.432.455**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/05/2025, el empleador TEMPO JOB SAS identificado con NIT número 901555216 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8788903	18/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1044432455	OSWAINERRAFAEL RODRIGUEZ BETANCOURT	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-05-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1044434323
Nombre:	ADOLFO JSOE MAURY MACIAS
Fecha Ingreso:	19/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/05/2025 11:25:16 p. m.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
NRO. RAD. 577546	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia X; Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
MAURY	MACIAS	ADOLFO	JOSE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.044.434.323	Femenino Masculino X	2 1 0 4 1 9 9 9		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo F N M	Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		17. Ingreso base de cotizante - IBC
Axa Colpatria	PORVENIR	$1.423.500

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Calle 11 # 8 - 46		3046418301	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Puerto Colombia	Urbana X Rural	BOLIVAR	Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
	Rural Urbana				

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo E	N	M	Condición T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona		Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U	R				
B2		U	R				
B3		U	R				
B4		U	R				
B5		U	R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
TEMPO JOB SAS	NIT	901.555.216	

39. Ubicación				
Calle 72 # 65 - 186 Of 202	3015723252	tempojobsas@gmail.com	Barranquilla	Atlantico
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento 42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A: 1 9 0 5 2 0 2 5

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Combarranquilla

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Adolfo Jaramillo	Tempo Job SAS.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ Total

RC ☐ CC ☐ CE ☐ SC ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o senten cia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sóbrela ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validacion
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido

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

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ADOLFO JOSE MAURY MACIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.434.323**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

DARIO DAVID ARCILA ARZUZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.654.089**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

200472814

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades Y	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Arcila	Segundo Apellido: Arzuza	Primer Nombre: Dario	Segundo Nombre: David

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1065654089	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	Colomb

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País: Colombia	Departamento: Tolima	Municipio: Ibagué	04/11/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Colpensiones	1423500	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Calle 46 Nb 14E-75		
Teléfono Celular: 3001703465	Correo Electrónico: adarcili.92@gmail.com	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Atlántico	Soledad	Nuevo Jerusalén	Cabecera Municipal X Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/ Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFIL

200472814

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	281607-15086	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Iemo Job SAS	NIT	901555216	

59. Ubicación
Dirección: | Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: | Departamento: ATL | Municipio / Distrito: BQ

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	19052025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Daria Avila	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 MAY 2025

OBSERVACIONES:
Cajisa → Aud

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

Doc Identificación: | Sello de Radicación: | Recibido por: | Sticker procesamiento

Rafael A. Garmendia C.
EJECUTIVO COMERCIAL
CEL: 300 4269248
rgarmendia@sanitas.com

I. REPORTE DE NOVEDADES

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901555216
Número Afiliación:	9020433
Razón social:	TEMPO JOB S.A.S.

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1065654089
Nombre:	DARIO DAVID ARCILA ARZUZA
Fecha Ingreso:	19/05/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/05/2025 11:21:26 p. m.

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	02- mayo -25	**LUGAR**	CASA LASCAR
TEMÁTICA	pausas Activas		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Buchesi	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5 min

* *Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible] Noriega	8759829	Encargado	
	Alberto Palmera	1151450281	ayudante	
	L. Polo	1044426063	ayudante	
	Rodrigo Martin	10777481	ayudante	
	Ronald	1048267515	Oficial	
	Moises	5704722	ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	03-mayo-25	**LUGAR**	casa barcas
TEMÁTICA	Riachuje		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bucheli	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	Sem

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como **Socialización**.*

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible]	8759829	Encargado	
	[illegible]	1151450281	agric	
	[illegible]	1044426063	agric	
	[illegible]	10777.981	agric	
	[illegible]	1048267515	oficial	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	05-mayo-25	**LUGAR**	Cam Loscu
TEMÁTICA	Riesgo		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización ___ Capacitación ___ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bustos	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Carlos Ramírez	8759829	Encargado	
	Roberto Palomino	1151450281	ayud LC	
	Roquel Vilma	10777481	ayud LC	
	Roberto	1048267515	Oficial	
	MOISES	5704722	ayud LC	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	06- mayo -25	**LUGAR**	Casa Lucia
TEMÁTICA	Anclajes		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Natuly Bedoya	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como **Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Palacios	1151450281	arq LT	
	Luis Pala	1044426063	arq LT	
	Rodrigo Velasco	10777421	arq LT	
	[illegible]	8759829	Encargado	
	Moises	5704722	arq LT	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	07 - ago - 25	**LUGAR**	Casa Loma
TEMÁTICA	Señalizaciones		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bedoya	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible]	8759829	Encargado	
	[illegible]	1151450281	aux LT	
	[illegible]	1044426063	aux LT	
	[illegible]	10777481	aux LT	
	[illegible]	1048267515	aux LT	
	[illegible]	5704722	aux LT	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	8-mayo-25	**LUGAR**	[illegible]
TEMÁTICA	RCD		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly B[illegible]	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	[illegible]

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible] Carlos	8759829	Encargado	
	Alberto Palmera	1151450281	ayudante	
	[illegible]	1044426063	ayudante	
	Royne [illegible]	10777481	ayudante	
	Ronaldo	1048267515	Oficial	
	MOISES	5074722	ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	9- ago -25	**LUGAR**	Casa Lorena
TEMÁTICA	Prevencion de Riesgo		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización* __ *Capacitación* __ *Entrenamiento* ___ *Otra* ___ *¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	MOISES	5704722	aux Lt	
	Rodolfo	1048267515	Oficial	
	Guillermo Noriega	8759829	aux Lt	
	Alberto Rodriguez	1151450281	aux Lt	
	Ricardo Valera	10777481	aux Lt	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	10-mayo-25	**LUGAR**	Casa Loscon
TEMÁTICA	lesiones osteomusculares		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nathaly Buendía	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5 min

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Moises	5704722	ayudante	
	Richard	1048267515	oficial	
	[illegible]	8759829	Encargado	
	Alberto Palomino	1151450201	ayudante	
	[illegible]	1077748	ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: [illegible]
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	FECHA: 30/07/2022
		VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	12-Mayo-25	LUGAR	Casa Loscano
TEMÁTICA	Autocuidado		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Rodriguez	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	5m

* *Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* **Socialización.**

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Zamora	1151450281	ay LL	
	Raúl Ventura	10777481	ay LL	
	Moises	5704722	ay LL	
	Eliber Santiago	1007276126	ay LL	
	Carlos Almagro	8759824	Encargado	
	Humberto		ay LL	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	13-mayo-25	**LUGAR**	Casa Lescano
TEMÁTICA	Habitos saludables		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización* __ *Capacitación* __ *Entrenamiento* ___ *Otra* ___ *¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nathaly Quichimbo	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5m

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Ronaldandrade	1048267577	estudiante	
	[illegible]	3759829	Embarazada	
	Alberto Palmera	1151450281	agricultor	
	Raquel Vanegas	10777481	agricultor	
	Luis Polo	1041426063	agricultor	
	Moises	5704722	agricultor	
	Eliecer Sanpayo	1007276126	agricultor	
	Humberto		agricultor	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	14 - mayo - 25	**LUGAR**	Casa Luzmila
TEMÁTICA	Calistenia		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Natalia Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5 min

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Ronald calidad	1048267555	oficial	
	[illegible]	8759829	Encargado	
	[illegible]	1151460281	[illegible]	
	[illegible]	10777481	[illegible]	
	[illegible]	1044426063	[illegible]	
	[illegible]	5704722	[illegible]	
	[illegible]	1007276126	[illegible]	
	[illegible]		[illegible]	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	15 mayo - 25	**LUGAR**	Cerro Gordo
TEMÁTICA	Acopio		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Natalia Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5m

* *Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Ronald Andrade	1014826757	Oficial	
	[illegible]	8759829	Encargado	
	[illegible]	1151450281	aux Lte	
	[illegible]	10777481	aux Lte	
	[illegible]	1044426063	aux Lte	
	[illegible]	5704722	aux Lte	
	[illegible]	1007276126	aux Lte	
	[illegible]		aux Lte	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	16 · mayo - 25	LUGAR	Casa loxa
TEMÁTICA	Peligro		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nathaly Brochero	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	[illegible]

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Ronaldo andrade	1048267515	oficial	
	[illegible]	8759829	Encargado	
	Alberto [illegible]	1751450281	ayLT	
	[illegible]	10777481	ayLT	
	Luis [illegible]	1044426063	ayLT	
	Moises	5704722	ayLT	
	Eliecer [illegible]	1007276126	ayLT	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	17 mayo-25	**LUGAR**	Casa Blanca
TEMÁTICA	uso correcto de los EPP's		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Ramirez	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como **Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Ronald Andrade	1048267515	Oficial	
	[illegible]	8759829	Encargado	
	[illegible]	1151450281	aux LT	
	[illegible]	10777481	aux LT	
	[illegible]	1044426063	aux LT	
	[illegible]	5704722	aux LT	
	[illegible]	1007276126	aux LT	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	FECHA: 30/07/2022
		VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	19-5-25	LUGAR	CASA LASCAR
TEMÁTICA	Emergencias		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Buschman	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	[illegible]

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Palmera	1151450281	ayudante	
	Ronald	1048267515	Oficial	
	Luis	1044426063	ayudante	
	carlos	8759829	Encargado	
	Roque Ventura	10777481	ayudante	
	MOISES	5704722	ayudante	
	carlos	8759829	Encargado	
	Elicet Salgado	1007276126	ayudante	
	JUAN Gutierrez	1044423981	ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	22-05-25	LUGAR	CADA LASCAR
TEMÁTICA	Higiene postural		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Brachero	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	5 min

* *Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Palmera	1151460281	arq Lt	
	Adolf Mayy	1044434323	arq Lt	
	Ronald Campbell	1048267515	Oficial	
	[illegible]	1044426063	arq Lt	
	Jhon Rua	1044430993	arq Lt	
	Moises Diaz	5704722	arq Lt	
	Cristian Rodriguez B.	1044432455	arq Lt	
	Jhon Gutierrez	1044423481	arq Lt	
	Jhon Edison Zapata	1007276126	arq Lt	
	Yoan Urrutia	10777481	arq Lt	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	23-05-25	LUGAR	CASA LASCAR
TEMÁTICA	lecciones aprendidas.		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Brochero	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alfonso José Fonseca	1151450281	Ayudante	
	Jesus Ruiz Romero	1044430993	Ayudante	
	Adolfo Mauri	1044434327	Ayudante	
	Eduardo Vasquez B	1044432115	Ayudante	
	Manuel Ventura Mass	1077744981	Ayudante	
	Ronald Andrade	1048267515	oficial	
	Edicer Sanpayo	1007276726	Ayudante	
	Angel Gutierrez	1044423981	Ayudante	
	Jose Polo	1044426063	AYUDANTE	
	MOISES	11-2540	ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	24-05-25	**LUGAR**	Casa Lascas
TEMÁTICA	Pausas Activas		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización* __ *Capacitación* __ *Entrenamiento* ___ *Otra* ___ *¿Cuál?*		
FACILITADOR	Natalia Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Palmera	1151450281	arquitecto	
	Adolfo Mauy	1044434323	arquitecto	
	Rolando Ruiz Cude	1048267515	Oficial	
	[illegible]	1044426063	arquitecto	
	[illegible]	1044430993	arquitecto	
	Moises Ruiz	5704722	arquitecto	
	Gustavo Rodriguez B	1044432455	arquitecto	
	[illegible]	1044423981	arquitecto	
	[illegible]	1007276126	arquitecto	
	Rodrigo Vinchira	1077481	arquitecto	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	26-05-25	**LUGAR**	Casa [illegible]
TEMÁTICA	Re operacionales		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización ___ Capacitación ___ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Bucher	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5 m

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible] Jiménez	1044423981	Ayudante	
	Jiménez Rodríguez B.	1044132455	Ayudante	
	Adolfo Maury	1044134323	Ayudante	
	Roberto	8795005	Oficial	
	Rogin [illegible]	1077481	ayudante	
	Rolando Andrade	1048267575	Ofi	
	[illegible]	1044426063	AYUDANTE	
	[illegible]	1044430993	Ayudante	
	Elieser Sampayo	1007276426	Ayudante	
	Moisés [illegible]	1129580	Jefe	
	Alberto Palmera	1151450281	Ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	27-05-25	LUGAR	CASA LASCAR
TEMÁTICA	Recursos Naturales		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Brachero	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	5 min

* *Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Palmera	1151450281	aya Lte	
	Adolf Mavy	1044434323	aya Lte	
	Ronald Campbell	1048267515	Oficial	
	[illegible]	1044426063	aya Lte	
	Juan Baena	1044430993	aya Lte	
	Moises Ruiz	5704722	aya Lte	
	Cristiner Rodriguez B.	1044432455	aya Lte	
	Fabian Gallardo	1044423781	aya Lte	
	Jhon Edison Campaña	1007276126	aya Lte	
	Yoglin Urbina	10777481	aya Lte	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	28 05-25	**LUGAR**	Casa Lascay
TEMÁTICA	Hidratacion		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización* __ *Capacitación* __ *Entrenamiento* ___ *Otra* ___ *¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Palmera	1151450281	arquitecto	
	Adolfo Mayz	1044434323	arquitecto	
	Edwin Duque	1048267515	Oficial	
	Juan Ruiz	1044426063	arquitecto	
	Juan Ruiz	1044430993	arquitecto	
	Moises Ruiz	5704722	arquitecto	
	Christiver Perdomo B	1044432455	arquitecto	
	Isabel Polo	1044423981	arquitecto	
	Jaider Campo	1007276126	arquitecto	
	Rosa Vanessa	1077481	arquitecto	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	29-05-25	**LUGAR**	CASA MASCAT
TEMÁTICA	Bloque		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización* __ *Capacitación* __ *Entrenamiento* ___ *Otra* ___ *¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5 am

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible]	1044423981	Ayudante	
	[illegible]	1044132115	Ayudante	
	Adolfo Mendez	1044434323	Ayudante	
	ROBERT	8795605	OFICINA	
	[illegible]	1077241481	ayudante	
	ROLAND CANDRADE	1048267572	OFI	
	[illegible]	1044026262	AYUDANTE	
	[illegible]	1044430993	Ayudante	
	Eliecer Campos	1007276726	Ayudante	
	MOISES RA	11298C	[illegible]	
	Alberto Palmera	1151450281	Ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	30 - 05 - 25	**LUGAR**	CASA LASCAR
TEMÁTICA	Condiciones de Seguridad		
TIPO DE ACTIVIDAD	*Socialización* __ *Capacitación* __ *Entrenamiento* ___ *Otra* ___ *¿Cuál?*		
FACILITADOR	Nataly Bracho	**DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	5 min

** Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	Alberto Pabuena	1151450281	arquitecto	
	Adolf Mary	1044434323	arquitecto	
	Ronald Ampudia	1048267515	Oficial	
	Juan Pablo	1044426063	arquitecto	
	Juan Baena	1044430993	arquitecto	
	Moises Ruiz	5704722	arquitecto	
	Osvaimer Rodriguez B.	1044432455	arquitecto	
	Jorge Galindez	1044423931	arquitecto	
	Jhoelis Zapata	1001276126	arquitecto	
	Raquel Arévalo	1077481	arquitecto	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CODIGO: GAD-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES	VERSION:00
		PAG: 1 de 1

FECHA	31-05-25	LUGAR	Cota Lacun
TEMÁTICA	Medio Ambiente		
TIPO DE ACTIVIDAD	Socialización __ Capacitación __ Entrenamiento ___ Otra ___ ¿Cuál?		
FACILITADOR	Nataly Brochero	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	5am

* *Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizarán con fines pedagógicos, didácticos y administrativos. Nota: Para las charlas informativas marcar el tipo de actividad como* ***Socialización.***

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO / EMPRESA	EMAIL
	[illegible]	1044423991	Ayudante	
	[illegible]	1044132115	Ayudante	
	Adolfo Maury	1044134323	Ayudante	
	ROBERT	8795005	OFIBA	
	[illegible]	1077214181	ayudante	
	ROLAND ANDRADE	1048267571	OFI	
	[illegible]	1044026063	AYUDANTE	
	[illegible]	1044430993	Ayudante	
	FLIPE Campago	1007276426	Ayudante	
	MOISERA	11R580	[illegible]	
	Hoberto Palmera	1151450261	Ayudante	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL

FORMATO

INSPECCION EXTINTORES PORTATILES

CÓDIGO: SST-FT-10

FECHA: 28/07/2022

VERSION 00

PÁGINA 1 DE 1

ASPECTOS A EVALUAR

FECHA DE INSPECCIÓN	UBICACIÓN DEL EXTINTOR	TIPO DE EXTINTOR	AGENTE EXTINTOR	CAPACIDAD	FECHA VENCIMIENTO	PRESION		SELLO GARANTIA		MANOMETRO		CILINDRO		MANILA		MANGUERA CORRETA		PINTURA		SEÑALIZACIÓN		SE ENCUENTRA DESPEJADO		REALIZADO POR
25-03-25	OFICINA	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		
28-03-25	Comedor	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		
29-04-25	Comedor	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		
28-05-25	COMEDOR	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	INSPECCIÓN DE BOTIQUINES Y CAMILLAS	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 1

Proyecto / área:	CASA IASCAR	Fecha de la inspección	28-05-25
Ubicación del botiquín	OFICINA	Ubicación de la camilla	Comedor

Marque con una X según las condiciones observadas:

El botiquín se encuentra disponible en el área	SI	✓	NO		La camilla se encuentra instalada en la pared?	SI	✓	NO	
El botiquín se encuentra libre de obstáculos?	SI	✓	NO		La camilla se encuentra libre de obstáculos?	SI	✓	NO	
El botiquín esta localizado en un lugar visible?	SI	✓	NO		La camilla esta localizado en un lugar visible?	SI	✓	NO	
El botiquín se encuentra señalizado	SI	✓	NO		la camilla se encuentra señalizado	SI	✓	NO	
tipo de botiquín (lona, metalico, morral, plastico, etc)	Morral				tipo de camilla (miller, rigida en madera, winner "polietileno", plegable, tipo canasta, entre otra)	Winner			

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN (estado B: bueno; R:regular; M: malo)

	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	unidad	fecha de vencimiento	Cantidad	B	R	M	Observaciones
	ANTISEPTICO							
1	Yodopovidona solución	unidad	10-2026	1	✓			
2	agua oxigenada	unidad	10-2026	1	✓			
3	alcohol antiseptico	unidad	10-2023	1	✓			
	MATERIAL DE CURACION (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	unidad	fecha de vencimiento	Cantidad	B	R	M	Observaciones
4	Gasa estéril	unidad	10-2026	4	✓			
5	Esparadrapo de tela	unidad	11-2025	2	✓			
6	Micropore (esparadrapo)	unidad	10-2026	2	✓			
7	bajalenguas	par	—	6	✓			
8	guantes de latex/ nitrilo	unidad	08-2025	2	✓			
9	tapabocas	unidad	—	5	✓			
10	Aplicadores de algodón	unidad	—	1 CASA	✓			
11	Aposito de algodón esteril	unidad	—	—	—			
12	solucion salinas o suero fisiologicos	unidad	04-2025	2	✓			
13	sales hidratantes 28,4gr	unidad	03-2026	6	✓			
14	vendas elasticas 3" X 5yardas	unidad	—	2	✓			
15	vendas de algodón	unidad	—	1	✓			
16	vendas triangular tipo cabestrillo	unidad	—	—	—			
17	curitas	unidad	10-2025	30	✓			
18	parches oculares	unidad	05-2025	20	✓			
19	sulfaplata	unidad	04-2026	1	✓			
	EQUIPOS (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	unidad	fecha de vencimiento	Cantidad	B	R	M	Observaciones
21	Collar cervical	unidad	N/A	1	✓			
22	Termometro	unidad	N/A	1	✓			
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
23	Linterna	unidad	N/A	1	✓			
24	Pito	unidad	N/A	1	✓			
	INSUMOS ADICIONALES (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
25	Manual uso de botiquín	unidad	N/A	1	✓			
26	bolsa plastica desechable	unidad	N/A	1	✓			
27	encendedor	unidad	N/A	1	✓			
28	Tijera	unidad	N/A	1	✓			
29	otros?							
30								

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

INSPECCIÓN DE CAMILLA (estado B: bueno; R:regular; M: malo)

	Descripción del elemento	B	R	M	No aplica	No existe	Observaciones
	Estado del soporte	✓					
1	Correas de seguridad	✓					
2	Sujetadores para agarre	✓					
3	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓					
4							

INSPECCIÓN REALIZADA POR:	
Nombre:	Nataly Brochero
Cargo:	HSEQ
fecha:	28-05-25

Otras observaciones:

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-17
	LISTA DE INSPECCION AMBIENTAL	FECHA: 30/07/2022
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

FECHA DE INSPECCIÓN:	28-05-25	HORA DE INSPECCIÓN:	2:30 pm	AREA DE INSPECCIÓN:	CAJA IASCAR
INSPECCION REALIZADA POR:	Nataly Bocharo	CARGO:	HSEQ		

		ITEMS	¿El elemento presenta el aspecto a evaluar? SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Ahorro y Uso Eficiente de Agua						
Manejo del Agua	1	Se observa goteo de agua en las llaves		✓		
	2	Se observan daños en los sanitarios, lavamanos, lavaplatos y/o pocetas de agua		✓		
	3	Existen avisos de uso eficiente y ahorro de agua dentro de las instalaciones		✓		AVISO USO EFICIENTE Y AHORRO DE AGUA
	4	Se evidencian fugas en las tuberías de agua		✓		
Ahorro y Uso Eficiente de Energía						
Manejo de Energía	1	Se observan luces apagadas en espacios deshabitados o que no se encuentren en operación	✓			
	2	Se mantiene los computadores apagados, hibernando o suspendidos en el tiempo en que el personal no se encuentra en el puesto de trabajo	✓			
	3	Al final de la jornada se apagan los equipos de computo e impresoras	✓			
	4	Al final de la jornada se apagan todas las luces de las instalaciones	✓			
	5	Existen avisos de uso eficiente y ahorro de energía dentro de las instalaciones		✓		
Manejo Integral de Residuos Solidos						
Manejo de residuos aprovechables y no aprovechables	1	Se dispone de contenedores para la ubicación de papel usado por una y por dos caras			✓	
	2	Hay señalización de ahorro de papel en impresoras y fotocopiadoras			✓	No hay impresoras
	3	Se dispone de puntos ecológicos para la disposición de residuos aprovechables, no aprovechables y biodegradables	✓			
	4	Los puntos ecológicos se encuentras rotulados segun las caracteristicas de los residuos	✓			
	5	Los residuos depositados se encuentran bien clasificados según el código de colores establecido	✓			
	6	Las canecas ubicadas en las oficinas se encuentran en buen estado y limpias	✓			
	7	Las áreas alrededor de los recipientes de recolección, están o permanecen limpias	✓			
Manejo de residuos peligrosos y especiales	8	Se dispone de contenedores para el almacenamiento de residuos peligrosos			✓	No hay almacenaito productos quimicos
	9	Los recipientes o bolsas se encuentran debidamente rotuladas			✓	
	10	Se cuenta con fichas de seguridad de las sustancias o residuos peligrosos			✓	
Centro de acopio	11	El centro de acopio se encuentra identificado, limpio y ordenado	✓			
	12	Los recipientes de recolección de residuos ubicados en el centro de acopio son suficientes, se encuentran en buen estado e	✓			
	13	Se cuenta con extintores en el centro de acopio. Tienen carga vigente y presión dentro de los límites permitidos		✓		Extintor (1)
	14	El centro de acopio cuenta con sistema de ventilación Se observa presencia y acumulación de	✓			
	15	El centro de acopio cuenta con señalización	✓			

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-17
		FECHA: 30/07/2022
	LISTA DE INSPECCION AMBIENTAL	VERSION: 00
		PÁGINA 2 DE 2

Buenas Practicas Sostenibles

		ITEMS	¿El elemento presenta el aspecto a evaluar?			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	
Mejoramiento de condiciones internas ambientales	1	Los pasillos se encuentran libres de residuos o materiales que impidan el paso	✓			
	2	Los puestos de trabajo se encuentran aseados y en orden	✓			
	3	Las ventanas se encuentran limpias y en condiciones aptas permitiendo la entrada de luz solar	✓			
Cultura Ambiental	4	Los colaboradores conocen los aspectos e impactos ambientales asociados a sus actividades	✓			
	5	Los colaboradores conocen e identifican la clasificación de los residuos	✓			
	6	Los colaboradoresconocen las técnicas para el ahorro y uso eficiente de agua y energía	✓			

ASPECTOS NO CONTEMPLADOS

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Victoria Bustamante HSEQ	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-18
		FECHA: 30/07/2022
	LISTA DE INSPECCION LOCATIVA - ORDEN Y ASEO	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

AREA DE INSPECCIÓN		RESPONSABLE :	Nathaly Bustamante
FECHA DE INSPECCIÓN	28-05-25	CARGO :	HSEQ

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)			OBSERVACIONES
	Cumple	No cumple	No aplica	
CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO				
Se observa organización y aseo en las áreas de trabajo (cada cosa en su lugar)	✓			
Se observa organización y aseo en los baños	✓			
Existe adecuado manejo de Residuoss/desperdicios en el área	✓			
Se observa limpieza de equipos/implementos	✓			
CONDICIONES LOCATIVAS				
Se observa buenas condiciones del piso (pisos dañados, rotos, huecos u orificios sin tapar, con desniveles o rejillas abiertas)		✓		EXISTEN DESNIVELES DE TERRENO POR DEMOLICION DE PLANTILLA Y PISO
Se observa en buenas condiciones los pasamanos y accesos a las escaleras.			✓	
Las vías de acceso se encuentran bien iluminadas y señalizadas (escaleras, pasillos)			✓	
Se observan pasillos libres de obstáculos	✓			
Existe una adecuada demarcación del área de parqueo de los vehículos			✓	
CONDICIONES DEL PUESTO DE TRABAJO				
La posición del monitor es adecuada	✓			
La altura del monitor es igual a la de los ojos	✓			
La altura del asiento permite posición de los codos a 90° sobre la mesa o escritorio	✓			
Se realizan pausas activas	✓			
Se ejecuta de forma correcta la manipulación de cargas y movimientos que exijan una actividad física dentro de la ejecución de las tareas	✓			
ESTADO DE ELEMENTOS DE TRABAJO				
Se observa adecuado almacenamiento de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	✓			
Se observa adecuada manipulación de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	✓			
Se observa buen estado de los implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otras.	✓			
CONDICIONES ASOCIADAS AL RIESGO FISICO EN EL ENTORNO				
Existe buena iluminación natural / artificial	✓			Natural
Existe buena ventilación / aireación	✓			
Existe confort auditivo	✓			
Existe confort térmico	✓			

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-18
		FECHA: 30/07/2022
	LISTA DE INSPECCION LOCATIVA - ORDEN Y ASEO	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)			OBSERVACIONES
	Cumple	No cumple	No aplica	
CONDICIONES ELECTRICAS DEL AREA				
No existen conexiones sobrecargadas (tomas sobrecargadas)			✓	
Los cables están en buen estado y no sueltos por el piso	✓			
Las tomas e interruptores están en buen estado	✓			
Existe línea o polo a tierra				
SANEAMIENTO BÁSICO				
Se cuenta con un buen manejo de separación de residuos (almacenamiento y disposición final de los residuos adecuado)	✓			
Se hace manejo y control de plagas en el area			✓	
Se cuenta con buen suministro de energía	✓			
Se cuenta con buen suministro de agua	✓			
Se encuentran en buen estado las llaves, baños, rociadores o demás elementos dispensadores de agua (libres de fugas visibles o desperdicio de liquido).	✓			
CONDICIONES VEHICULOS DEL PARQUE AUTOMOTOR				
Los cinturones de seguridad se encuentran en buen estado y estos son usados por el conductor y pasajero			✓	
La camioneta se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo.			✓	
La camioneta cuenta con la revisión técnico mecánica exigida por las normas vigentes			✓	
Las motocicletas se encuentran en buenas condiciones de orden y aseo (Direcciones Territoriales)			✓	
Las motocicletas cuentas con su respectivo casco y chaleco de protección (Direcciones Territoriales)			✓	
Las motocicletas cuentan con la respectiva revisión técnica y chequeo para garantizar su optimo funcionamiento (Direcciones Territoriales)			✓	
ENTORNO MEDIO AMBIENTAL				
Se cuenta con bombillos ahorradores en las áreas de trabajo y diferentes instalaciones de la Corporación	✓			
Se observa en las cisternas de los baños uso de algún elemento que permita disminuir el consumo de agua (Ejemplo: Botellas llenas de arena, agua u otro dispositivo que aumente el nivel del agua) al utilizar el mismo			✓	
Uso de recipientes debidamente señalizados para el desecho de residuos, según aplique (reciclables, ordinarios, peligrosos, etc)	✓			
Se hace separación de desechos conforme al tipo de generación (orgánicos, papel, peligrosos)	✓			
Existe un adecuado vertimiento de los residuos propios de las actividades ejecutadas por la organización	✓			
Se tiene algún tipo de letrero o publicidad que promueva la estrategia de ahorro y uso eficiente de agua, energía y papel.		✓		
Si considera otras condiciones a inspeccionar registrelas a continuación				

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL

FORMATO

INSPECCION EXTINTORES PORTATILES

CÓDIGO: SST-FT-10

FECHA: 28/07/2022

VERSION 00

PÁGINA 1 DE 1

ASPECTOS A EVALUAR

FECHA DE INSPECCIÓN	UBICACIÓN DEL EXTINTOR	TIPO DE EXTINTOR	AGENTE EXTINTOR	CAPACIDAD	FECHA VENCIMIENTO	PRESION		SELLO GARANTIA		MANOMETRO		CILINDRO		MANILA		MANGUERA CORRETA		PINTURA		SEÑALIZACIÓN		SE ENCUENTRA DESPEJADO		REALIZADO POR
25-03-25	OFICINA	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		
28-03-25	Comedor	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		
29-04-25	Comedor	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		
28-05-25	COMEDOR	Multiproposito	ABC	20Lbs	10-2025	✓		✓		✓		✓		✓		N/A		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-14
		FECHA: 30/07/2022
	INSPECCIÓN DE BOTIQUINES Y CAMILLAS	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 1

Proyecto / área:	CASA IASCAR	Fecha de la inspección	28-05-25
Ubicación del botiquín	OFICINA	Ubicación de la camilla	Comedor

Marque con una X según las condiciones observadas:

El botiquín se encuentra disponible en el área	SI	✓	NO		La camilla se encuentra instalada en la pared?	SI	✓	NO	
El botiquín se encuentra libre de obstáculos?	SI	✓	NO		La camilla se encuentra libre de obstáculos?	SI	✓	NO	
El botiquín esta localizado en un lugar visible?	SI	✓	NO		La camilla esta localizado en un lugar visible?	SI	✓	NO	
El botiquín se encuentra señalizado	SI	✓	NO		la camilla se encuentra señalizado	SI	✓	NO	
tipo de botiquín (lona, metalico, morral, plastico, etc)	Morral				tipo de camilla (miller, rigida en madera, winner "polietileno", plegable, tipo canasta, entre otra)	Winner			

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN (estado B: bueno; R:regular; M: malo)

	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	unidad	fecha de vencimiento	Cantidad	B	R	M	Observaciones
	ANTISEPTICO							
1	Yodopovidona solución	unidad	10-2026	1	✓			
2	agua oxigenada	unidad	10-2026	1	✓			
3	alcohol antiseptico	unidad	10-2023	1	✓			
	MATERIAL DE CURACION (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	unidad	fecha de vencimiento	Cantidad	B	R	M	Observaciones
4	Gasa estéril	unidad	10-2026	4	✓			
5	Esparadrapo de tela	unidad	11-2025	2	✓			
6	Micropore (esparadrapo)	unidad	10-2026	2	✓			
7	bajalenguas	par	—	6	✓			
8	guantes de latex/ nitrilo	unidad	08-2025	2	✓			
9	tapabocas	unidad	—	5	✓			
10	Aplicadores de algodón	unidad	—	1 CASA	✓			
11	Aposito de algodón esteril	unidad	—	—	—			
12	solucion salinas o suero fisiologicos	unidad	04-2025	2	✓			
13	sales hidratantes 28,4gr	unidad	03-2026	6	✓			
14	vendas elasticas 3" X 5yardas	unidad	—	2	✓			
15	vendas de algodón	unidad	—	1	✓			
16	vendas triangular tipo cabestrillo	unidad	—	—	—			
17	curitas	unidad	10-2025	30	✓			
18	parches oculares	unidad	05-2025	20	✓			
19	sulfaplata	unidad	04-2026	1	✓			
	EQUIPOS (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	unidad	fecha de vencimiento	Cantidad	B	R	M	Observaciones
21	Collar cervical	unidad	N/A	1	✓			
22	Termometro	unidad	N/A	1	✓			
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
23	Linterna	unidad	N/A	1	✓			
24	Pito	unidad	N/A	1	✓			
	INSUMOS ADICIONALES (estado B: bueno; R:regular; M: malo)							
25	Manual uso de botiquín	unidad	N/A	1	✓			
26	bolsa plastica desechable	unidad	N/A	1	✓			
27	encendedor	unidad	N/A	1	✓			
28	Tijera	unidad	N/A	1	✓			
29	otros?							
30								

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)

INSPECCIÓN DE CAMILLA (estado B: bueno; R:regular; M: malo)

	Descripción del elemento	B	R	M	No aplica	No existe	Observaciones
	Estado del soporte	✓					
1	Correas de seguridad	✓					
2	Sujetadores para agarre	✓					
3	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓					
4							

INSPECCIÓN REALIZADA POR:	
Nombre:	Nataly Brochero
Cargo:	HSEQ
fecha:	28-05-25

Otras observaciones:

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-17
	LISTA DE INSPECCION AMBIENTAL	FECHA: 30/07/2022
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

FECHA DE INSPECCIÓN:	28-05-25	HORA DE INSPECCIÓN:	2:30 pm	AREA DE INSPECCIÓN:	CAJA IASCAR
INSPECCION REALIZADA POR:	Nataly Bocharo	CARGO:	HSEQ		

		ITEMS	¿El elemento presenta el aspecto a evaluar? SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Ahorro y Uso Eficiente de Agua						
Manejo del Agua	1	Se observa goteo de agua en las llaves		✓		
	2	Se observan daños en los sanitarios, lavamanos, lavaplatos y/o pocetas de agua		✓		
	3	Existen avisos de uso eficiente y ahorro de agua dentro de las instalaciones		✓		AVISO USO EFICIENTE Y AHORRO DE AGUA
	4	Se evidencian fugas en las tuberías de agua		✓		
Ahorro y Uso Eficiente de Energía						
Manejo de Energía	1	Se observan luces apagadas en espacios deshabitados o que no se encuentren en operación	✓			
	2	Se mantiene los computadores apagados, hibernando o suspendidos en el tiempo en que el personal no se encuentra en el puesto de trabajo	✓			
	3	Al final de la jornada se apagan los equipos de computo e impresoras	✓			
	4	Al final de la jornada se apagan todas las luces de las instalaciones	✓			
	5	Existen avisos de uso eficiente y ahorro de energía dentro de las instalaciones		✓		
Manejo Integral de Residuos Solidos						
Manejo de residuos aprovechables y no aprovechables	1	Se dispone de contenedores para la ubicación de papel usado por una y por dos caras			✓	
	2	Hay señalización de ahorro de papel en impresoras y fotocopiadoras			✓	No hay impresoras
	3	Se dispone de puntos ecológicos para la disposición de residuos aprovechables, no aprovechables y biodegradables	✓			
	4	Los puntos ecológicos se encuentras rotulados segun las caracteristicas de los residuos	✓			
	5	Los residuos depositados se encuentran bien clasificados según el código de colores establecido	✓			
	6	Las canecas ubicadas en las oficinas se encuentran en buen estado y limpias	✓			
	7	Las áreas alrededor de los recipientes de recolección, están o permanecen limpias	✓			
Manejo de residuos peligrosos y especiales	8	Se dispone de contenedores para el almacenamiento de residuos peligrosos			✓	No hay almacenaito productos quimicos
	9	Los recipientes o bolsas se encuentran debidamente rotuladas			✓	
	10	Se cuenta con fichas de seguridad de las sustancias o residuos peligrosos			✓	
Centro de acopio	11	El centro de acopio se encuentra identificado, limpio y ordenado	✓			
	12	Los recipientes de recolección de residuos ubicados en el centro de acopio son suficientes, se encuentran en buen estado e	✓			
	13	Se cuenta con extintores en el centro de acopio. Tienen carga vigente y presión dentro de los límites permitidos		✓		Extintor (1)
	14	El centro de acopio cuenta con sistema de ventilación Se observa presencia y acumulación de	✓			
	15	El centro de acopio cuenta con señalización	✓			

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-17
		FECHA: 30/07/2022
	LISTA DE INSPECCION AMBIENTAL	VERSION: 00
		PÁGINA 2 DE 2

Buenas Practicas Sostenibles

		ITEMS	¿El elemento presenta el aspecto a evaluar?			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	
Mejoramiento de condiciones internas ambientales	1	Los pasillos se encuentran libres de residuos o materiales que impidan el paso	✓			
	2	Los puestos de trabajo se encuentran aseados y en orden	✓			
	3	Las ventanas se encuentran limpias y en condiciones aptas permitiendo la entrada de luz solar	✓			
Cultura Ambiental	4	Los colaboradores conocen los aspectos e impactos ambientales asociados a sus actividades	✓			
	5	Los colaboradores conocen e identifican la clasificación de los residuos	✓			
	6	Los colaboradoresconocen las técnicas para el ahorro y uso eficiente de agua y energía	✓			

ASPECTOS NO CONTEMPLADOS

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Victoria Bustamante HSEQ	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-18
		FECHA: 30/07/2022
	LISTA DE INSPECCION LOCATIVA - ORDEN Y ASEO	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

AREA DE INSPECCIÓN		RESPONSABLE :	Nathaly Bustamante
FECHA DE INSPECCIÓN	28-05-25	CARGO :	HSEQ

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)			OBSERVACIONES
	Cumple	No cumple	No aplica	
CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO				
Se observa organización y aseo en las áreas de trabajo (cada cosa en su lugar)	✓			
Se observa organización y aseo en los baños	✓			
Existe adecuado manejo de Residuoss/desperdicios en el área	✓			
Se observa limpieza de equipos/implementos	✓			
CONDICIONES LOCATIVAS				
Se observa buenas condiciones del piso (pisos dañados, rotos, huecos u orificios sin tapar, con desniveles o rejillas abiertas)		✓		EXISTEN DESNIVELES DE TERRENO POR DEMOLICION DE PLANTILLA Y PISO
Se observa en buenas condiciones los pasamanos y accesos a las escaleras.			✓	
Las vías de acceso se encuentran bien iluminadas y señalizadas (escaleras, pasillos)			✓	
Se observan pasillos libres de obstáculos	✓			
Existe una adecuada demarcación del área de parqueo de los vehículos			✓	
CONDICIONES DEL PUESTO DE TRABAJO				
La posición del monitor es adecuada	✓			
La altura del monitor es igual a la de los ojos	✓			
La altura del asiento permite posición de los codos a 90° sobre la mesa o escritorio	✓			
Se realizan pausas activas	✓			
Se ejecuta de forma correcta la manipulación de cargas y movimientos que exijan una actividad física dentro de la ejecución de las tareas	✓			
ESTADO DE ELEMENTOS DE TRABAJO				
Se observa adecuado almacenamiento de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	✓			
Se observa adecuada manipulación de implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otros	✓			
Se observa buen estado de los implementos, herramientas, equipos, sustancias peligrosas, entre otras.	✓			
CONDICIONES ASOCIADAS AL RIESGO FISICO EN EL ENTORNO				
Existe buena iluminación natural / artificial	✓			Natural
Existe buena ventilación / aireación	✓			
Existe confort auditivo	✓			
Existe confort térmico	✓			

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-18
		FECHA: 30/07/2022
	LISTA DE INSPECCION LOCATIVA - ORDEN Y ASEO	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

CONDICIÓN A INSPECCIONAR	CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)			OBSERVACIONES
	Cumple	No cumple	No aplica	
CONDICIONES ELECTRICAS DEL AREA				
No existen conexiones sobrecargadas (tomas sobrecargadas)			✓	
Los cables están en buen estado y no sueltos por el piso	✓			
Las tomas e interruptores están en buen estado	✓			
Existe línea o polo a tierra				
SANEAMIENTO BÁSICO				
Se cuenta con un buen manejo de separación de residuos (almacenamiento y disposición final de los residuos adecuado)	✓			
Se hace manejo y control de plagas en el area			✓	
Se cuenta con buen suministro de energía	✓			
Se cuenta con buen suministro de agua	✓			
Se encuentran en buen estado las llaves, baños, rociadores o demás elementos dispensadores de agua (libres de fugas visibles o desperdicio de liquido).	✓			
CONDICIONES VEHICULOS DEL PARQUE AUTOMOTOR				
Los cinturones de seguridad se encuentran en buen estado y estos son usados por el conductor y pasajero			✓	
La camioneta se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo.			✓	
La camioneta cuenta con la revisión técnico mecánica exigida por las normas vigentes			✓	
Las motocicletas se encuentran en buenas condiciones de orden y aseo (Direcciones Territoriales)			✓	
Las motocicletas cuentas con su respectivo casco y chaleco de protección (Direcciones Territoriales)			✓	
Las motocicletas cuentan con la respectiva revisión técnica y chequeo para garantizar su optimo funcionamiento (Direcciones Territoriales)			✓	
ENTORNO MEDIO AMBIENTAL				
Se cuenta con bombillos ahorradores en las áreas de trabajo y diferentes instalaciones de la Corporación	✓			
Se observa en las cisternas de los baños uso de algún elemento que permita disminuir el consumo de agua (Ejemplo: Botellas llenas de arena, agua u otro dispositivo que aumente el nivel del agua) al utilizar el mismo			✓	
Uso de recipientes debidamente señalizados para el desecho de residuos, según aplique (reciclables, ordinarios, peligrosos, etc)	✓			
Se hace separación de desechos conforme al tipo de generación (orgánicos, papel, peligrosos)	✓			
Existe un adecuado vertimiento de los residuos propios de las actividades ejecutadas por la organización	✓			
Se tiene algún tipo de letrero o publicidad que promueva la estrategia de ahorro y uso eficiente de agua, energía y papel.		✓		
Si considera otras condiciones a inspeccionar registrelas a continuación				

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	

Escaneado con CamScanner

C.S.T. CENTRO DE CAPACITACIONES SAS

NIT 901.520.165-6

En cumplimiento del Decreto 1075 del 2015

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo No. 6839 de 2021

Registro del Ministerio de Trabajo 08SE2022220100000022782 en cumplimiento de la Res. 4272 de 2021, con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación 30.437-2 certificado por CELAC

Certificado de Capacitación y entrenamiento para Trabajo en Altura:

Roque Viloria Mass

Identificado(a) con CC 10777481

Cursó y aprobó:

Trabajo en Altura: Nivel Trabajador Autorizado

con una intensidad horaria de 32 horas

Realizado en Barranquilla, Atlántico del 07 al 10 de Abril de 2025

Dado en Barranquilla, Atlántico a los 10 días del mes de Abril de 2025

Convenio Empresarial:

Razón Social: TEMPO JOB S.A.S.
Representante Legal: Valencia Ditta Andy Javier

Nit: 901555216
ARL: AXA COLPATRIA

Rafael Sarmiento García
Representante Legal

Avalado por:

CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 No. 30.437-2

Raúl Oswaldo Deaza Acosta
Entrenador Trabajo en Altura
Licencia SST 0375 del 2019

C.S.T. CENTRO DE CAPACITACIONES SAS

NIT 901.520.165-6

En cumplimiento del Decreto 1075 del 2015
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo No. 6839 de 2021
Registro del Ministerio de Trabajo 08SE2022220100000022782 en cumplimiento de la Res. 4272 de 2021, con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación 30.437-2 certificado por CELAC

Certificado de Capacitación y entrenamiento para Trabajo en Altura:

Ronal Albeiro Andrade Martinez

Identificado(a) con CC 1048267515

Cursó y aprobó:
Trabajo en Altura: Nivel Reentrenamiento
con una intensidad horaria de 8 horas

Realizado en Barranquilla, Atlántico el 09 de Mayo de 2025
Dado en Barranquilla, Atlántico a los 09 días del mes de Mayo de 2025

Convenio Empresarial:

Razón Social: TEMPO JOB S.A.S.
Nit: 901555216
Representante Legal: Valencia Ditta Andy Javier
ARL: AXA COLPATRIA

Rafael Sarmiento García
Representante Legal

Avalado por:
CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 No. 30.437-2

Emil Rodríguez Sobrino
Entrenador Trabajo en Altura
Licencia SST 1757 del 2021

C.S.T. CENTRO DE CAPACITACIONES SAS

NIT 901.520.165-6

En cumplimiento del Decreto 1075 del 2015
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo No. 6839 de 2021
Registro del Ministerio de Trabajo 08SE2022220100000022782 en cumplimiento de la Res. 4272 de 2021, con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación 30.437-2 certificado por CELAC

Certificado de Capacitación y entrenamiento para Trabajo en Altura:

Carlos Luis Noriega Salcedo

Identificado(a) con CC 8759829

Cursó y aprobó:
Trabajo en Altura: Nivel Trabajador Autorizado
con una intensidad horaria de 32 horas

Realizado en Barranquilla, Atlántico del 26 al 29 de Abril de 2025
Dado en Barranquilla, Atlántico a los 29 días del mes de Abril de 2025

Convenio Empresarial:

Razón Social: CONSORCIO CULTURAL CASA LASCAR
Nit: 901899974
Representante Legal: Federico Leonardo Nobmann Santos
ARL: SURA

Rafael Sarmiento García
Representante Legal

Avalado por:
NOVUS ORDO CERTIFICARE CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 No. 30.437-2

Raúl Oswaldo Deaza Acosta
Entrenador Trabajo en Altura
Licencia SST 0375 del 2019

C.S.T. CENTRO DE CAPACITACIONES SAS

NIT 901.520.165-6

En cumplimiento del Decreto 1075 del 2015

Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo No. 6839 de 2021

Registro del Ministerio de Trabajo 08SE2022220100000022782 en cumplimiento de la Res. 4272 de 2021, con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación 30.437-2 certificado por CELAC

Certificado de Capacitación y entrenamiento para Trabajo en Altura:

Luis Enrique Polo Avila

Identificado(a) con CC 1044426063

Cursó y aprobó:

Trabajo en Altura: Nivel Reentrenamiento

con una intensidad horaria de 8 horas

Realizado en Barranquilla, Atlántico el 10 de Mayo de 2025

Dado en Barranquilla, Atlántico a los 10 días del mes de Mayo de 2025

Convenio Empresarial:

Razón Social: TEMPO JOB S.A.S.
Nit: 901555216
Representante Legal: Valencia Ditta Andy Javier
ARL: AXA COLPATRIA

Rafael Sarmiento García
Representante Legal

Avalado por:

NOVUS ORDO CERTIFICARE CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 No. 30.437-2

Raúl Oswaldo Deaza Acosta
Entrenador Trabajo en Altura
Licencia SST 0375 del 2019

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 10/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION.00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Permite la Obra
Insp Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramenta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Formaleteria	Fisico temperatura extrema	deshidratación desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar proyectiles	golpes Contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caida
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roque Viloria	ROQUE Viloria		
Ronald Andrade	RONALD	02-05-2025	4:30pm
Jose Rudas	JOSE RUDAS		
Alberto Palmera	Alberto Palmera		7:32am -
Carlos Noriega	CARLOS	02	
Luis Polo	Luis		
Moises Rodriguez	MOISES		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Barbosa Alvaro Guerrero	Fecha:	02-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Permiso de Obra
Insp Herramienta y equipos	Cond de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspección autocuidado uso de EPP	"
Formaleteria	Físico Temperatura extrema	deshidratación desmayo	Hidratación	"
	Físico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar proyectiles	golpes Contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramienta y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roger Viteri	ROGER		
Ronald Andrade	RONALD	03-05-2025	1:30pm
Jose Rudas	JOSE RUDAS		
Alberto Palmora	Alberto Palmora		
Carlos Noriega	CARLOS	03	7:30am
Luis Polo	Luis		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	SI	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Burbano Alvaro Guerrero	Fecha:	03-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Formaleteria	Manuales ☐ _____
Lugar de la tarea: CASA LASCAR	Eléctricas ☐ _____
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐ _____
	Hidráulicas ☐ _____
	Mecánicas ☐ _____
	Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Permiso de Ob
Insp Herramientas y equipos	Cond de Seguridad Herramenta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Formaleteria	Fisico Temperatura extrema	deshidratación desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de Seguridad elementos de Herramientas piezas a trabajar proyectiles	golpes Contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [ ] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roque Viborin	ROQUE	05-05-2025	4:30pm
Ronald Andrade	RONALD		
Jose Rudas	JOSE RUDAS		
Alberto Palmera	Alberto Palmera		7:32am
Carlos Noriega	CARLOS	05	
Moises Rodriguez	MOISES		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Fecha:
	05-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐ _____
- Eléctricas ☐ _____
- Neumáticas ☐ _____
- Hidráulicas ☐ _____
- Mecánicas ☐ _____
- Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminos por el Sendero	HSEQ Perdón de Obra
Insp Herramientas y equipos	Cond de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Formaleteria	Físico temperatura extrema	deshidratación disconfort	Hidratación	"
	Físico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar proyectiles	golpes Contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [ ] Casco
- [ ] Ropa de Seguridad
- [ ] Protección Facial / Ojos
- [ ] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [ ] Guantes de Seguridad
- [ ] Protección Contra Caida
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [ ] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [ ] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [ ] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roque Viloria	ROQUE		
Ronald Andrade	RONALD	06-05-2025	4:30pm
Jose Rudas	JOSE RUDAS		
Alberto Palmera	Alberto Palmera		7:30am -
Carlos Noriega	CARLOS	06	
Moises Rodriguez	MOISES		
Luis Polo	Luis		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buelvas Alvaro Guerrero	Fecha:	06-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEA Permiso de OT
Insp Herramientas y Equipos	Cond. de Seguridad Herramenta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Formaleteria	Fisico Temperatura extrema	deshidratación desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar proyectiles	golpes contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roque Viteri	Roque Viteri	07-05-2025	11:30 pm
Ronald Andrade	Ronald		
Jose Rueda	Jose Rueda		
Alberto Palmera	Alberto Palmera		7:30 am
Carlos Noriega	Carlos		
Moises Rodriguez	Moises		
Wilson Polo	Wilson		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Burbano Alvaro Guerrero	Fecha:	07-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 18/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Formaletera	Manuales ☐ _____
Lugar de la tarea: CASA LASCAR	Eléctricas ☐ _____
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐ _____
	Hidráulicas ☐ _____
	Mecánicas ☐ _____
	Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Ricardo L. O.
Insp Herramientas y equipos	Cond de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspección autocuidado uso de EPP	"
Formaletería	Físico Temperatura extrema	deshidratación desmayo	Hidratación	"
	Físico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulación de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar proyectadas	golpes Contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [ ] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roger Viberi	ROGUL Vlm	08-05-2025	11:30 pm
Ronald Andrade	RONALD		
Jose Rudas	JOSE RUDAS		
Alberto Palmera	Alberto Palmera		7:30am -
Carlos Noriega	CARLOS		
Moises Rodriguez	MOISES		
Wes Polo	Wes		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buelvas Alvaro Guerrero	Fecha:	08-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Formaleteria	Manuales ☐ _____
Lugar de la tarea: CASA LASCAR	Eléctricas ☐ _____
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐ _____
	Hidráulicas ☐ _____
	Mecánicas ☐ _____
	Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminos por el Sendero	ASEA Permiso de Obra
Insp Herramientas y equipos	Cond de Seguridad Herramenta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Formaleteria	Fisico temperatura extrema	deshidratación dermajo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond de Seguridad elementos de Herramientas piezas a trabajar proyectiles	golpes contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roque Viteri	ROQUE Viteri	9-05-2025	4:30pm
Ronald Andrade	RONALD		
Jose Rueda	JOSE RUEDA		
Alberto Palmora	Alberto Palmera		7:30am
Carlos Noriega	CARLOS		
Moises Rodriguez	MOISES		
Juan Pozo	Juan		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Burbano Alvaro Guerrero	Fecha:	9-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL

FORMATO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

CODIGO [illegible]
FECHA [illegible]
VERSION 00
PAGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCION DE LA TAREA

Descripción de tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que intervienen en Análisis de Trabajo: Ver Item 5

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- [ ] [illegible]
- [ ] [illegible]
- [ ] [illegible]
- [ ] [illegible]
- [ ] [illegible]
- [ ] [illegible]

3. ANALISIS DEL TRABAJO SEGURO

Análisis de secuencia y trabajo en altura de la tarea (Etapa)	Peligros asociados a cada una de las secuencias identificadas en la columna de la izquierda (Riesgo)	Consecuencias (Describa la(s) lesión(es) asociada(s) a la tarea en la columna de la izquierda)	Medidas Preventivas	Observaciones (Otros)
Ingreso a Obra	Caída de Ingresos Empresas con Normas	Lesiones menores	Examen por el Servicio	Uso de Pantalla y Otros
Insp Herramientas y Equipos	Caída de Seguridad Herramienta, equipo y Puesto a trabajar	Lesiones menores	Inspección autorizada uso de EPP	—
Formaleteria	Fuego Temperatura extrema	Quemaduras leves	Hidratación	—
	Fuego Riesgo Ambiental	Daño de cultivos	uso de EPP autorizado	—
	Radiaciones Posturas inadecuadas Repetitividad Sobrecarga de trabajo	Lesiones osteomusculares	Pausas periódicas Cambio de tareas	—
	Caída de Seguridad Ahumado de Herramientas Puesto a trabajar	golpes contusiones Heridas Lesiones menores	autorizado uso de Herramientas y EPP autorizado	—

Escaneado con CamScanner

AROQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Roque Viloria		25	1:00 pm
Ronald Andrade			
Jose Rudas			
Luis Polo			
Moises Rodriguez			
Alberto Palmera			
Carlos Noriega		10	7:30 am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nahuly Machado Alvaro Gonzalez	Fecha:	10 - 05 - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	
Insp. Herramienta y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega			
Alberto Palmera		12-May-25	4:30 pm
Roque Vilorio			
Moises Rodriguez		12-May-25	7:30 am
Humberto Reyes			
Elicet Sampayo			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buschur Alvaro Guerrero	Fecha:	12-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: EXCAVACION	Manuales ☐ PICO - BARRA - PALA
Lugar de la tarea: CASA LASCAR	Eléctricas ☐
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐
	Hidráulicas ☐
	Mecánicas ☐
	Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	ASEO Supervisor
Insp. de Herramientas	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
EXCAVACION	Fisico temperatura extremas	Deshidratacion desmayo	Hidratacion	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas Activas Carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad Superficie de trabajo Irregulares	golpes fracturas lesiones menores	autocuidado uso de EPP	"
Orden y Aseo	orden y Aseo	lesiones menores	Orden y Aseo	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [ND] Protección Contra Caída
- [ND] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ND] Trabajo en Caliente
- [ND] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [ND] Trabajo en Alturas
- [ND] Espacios Confinados
- [ND] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Humberto Reyes	Humberto	12 mayo-25	7:30am - 4:30pm
Elicit Sampayo	Elicit Sampayo		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nelly Bracho NUBIA GUERRERO	Fecha:	12 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Visto Bueno Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armada de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [✓] Casco
- [ ] Ropa de Seguridad
- [✓] Protección Facial / Ojos
- [✓] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [ ] Guantes de Seguridad
- [N/A] Protección Contra Caida
- [N/A] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [✓] Permiso de Trabajo
- [N/A] Trabajo en Caliente
- [N/A] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [N/A] Trabajo en Alturas
- [N/A] Espacios Confinados
- [N/A] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

[ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.

[✓] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

[✓] Si, proceda con la tarea

[ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noreña	Carlos	12 mayo - 25	7:30am - 4:30pm
Alberto Palmera	Alberto		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Alberto Palmera	Fecha:	12-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SETA	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado formas de losa

Lugar de la tarea: Casa lascos

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Itrm S.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐ _____
- Eléctricas ☐ _____
- Neumáticas ☐ _____
- Hidráulicas ☐ _____
- Mecánicas ☐ _____
- Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SETA

Análisis del entorno y trabajo simultáneo en la misma área	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (identifique los peligros de la SST, aspectos ambientales y los que usted adicione)	Consecuencias (Describa lo que podría ocurrirle si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Preventivos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menor.	Caminar por el sendero	
Imp. Herramientas y equipo	Cond de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Implementar mantenimiento uso de EPP	
Armado formas de losa	Fisico Temperatura extrema	deshidratacion dermatitis	Hidratacion	
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de epp mantenimiento	
	Biomecanico postura movimiento repetitivo prolongado manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga ergonomica	
	Cond de Seguridad almacenamiento de herramientas piezas a trabajar caidas de objetos	Heridas Contusiones lesiones oculares	uso de EPP guardas de seguridad	
	Cond de Seguridad trabajo en altura	Caida distinto nivel	Autocuidado uso de arnes y anclajes de seguridad	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		13-mayo-25	4:30pm
Alberto Palmera			
Roque Viloria			
Moises Rodriguez			
Luis Pozo			
Humberto Ruiz			
Eliecit Sampayo			1:30pm

6. REVISIÓN Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nahuly Jiménez Alvaro Guerrero	Fecha:	13-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea:
EXCAVACION

Lugar de la tarea:
CASA LAZCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo:
Ver Item 5

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	☐	PICO - BARRA - PALA
Eléctricas	☐	
Neumáticas	☐	
Hidráulicas	☐	
Mecánicas	☐	
Otras	☐	

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficies con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ (Residente de Obra)
Izaje Herramientas	Cond de Seguridad Herramientas, equipos y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspección autocuidado uso de EPP	"
EXCAVACION	Fisico temperaturas extremas	deshidratación desmayo	Hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad Superficie de trabajo irregular	golpes Fracturas lesiones menores	autocuidado uso de EPP	"
Orden y Aseo	orden y Aseo	lesiones menores	Orden y Aseo	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [✓] Casco
- [✓] Ropa de Seguridad
- [✓] Protección Facial / Ojos
- [✓] Protección Auditiva
- [✓] Protección Respiratoria
- [✓] Guantes de Seguridad
- [NP] Protección Contra Caída
- [NP] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [NP] Permiso de Trabajo
- [NP] Trabajo en Caliente
- [NP] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [NP] Trabajo en Alturas
- [NP] Espacios Confinados
- [NP] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

[ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.

[✓] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

[✓] Si, proceda con la tarea

[ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Humberto Reyes	Humberto	13 mayo - 25	7:30am - 4:30pm
Eliecet Sampayo	Eliecet Sampayo		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buschero ALVARO GUERRERO	Fecha:	13 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 10/01/2023
	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO SETA	VERSIÓN 08
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SETA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Armada de Hierro	Fisico Temperatura extremo	deshidratacion	Hidratacion	
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menor	uso de EPP guantes de Seguridad	
	Cond. de Seguridad trab en altura	caida distinto nivel	Uso de EPP uso de arnes y anclajes Autocuidado	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-37
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:09
		PÁGINA 2 DE 3

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [✓] Casco
- [✓] Ropa de Seguridad
- [✓] Protección Facial / Ojos
- [✓] Protección Auditiva
- [✓] Protección Respiratoria
- [✓] Guantes de Seguridad
- [N/A] Protección Contra Caída
- [N/A] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [N/A] Permiso de Trabajo
- [N/A] Trabajo en Caliente
- [N/A] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [N/A] Trabajo en Alturas
- [N/A] Espacios Confinados
- [N/A] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente?**

[ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta

[✓] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

[✓] Si, proceda con la tarea

[ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Ronald Andrade	RONALD	14 mayo -25	7:30am - 4:30pm
Alberto Palmera	Alberto		
Carlos Noreña	Carlos		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	SI	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	N/A	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Bruchero Alvaro Guerrero	Fecha:	14 mayo -25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 06
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea:
EXCAVACION

Lugar de la tarea:
CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo:
Vec Item S.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	☐	PICO - BARRA - PALA
Eléctricas	☐	
Neumáticas	☐	
Hidráulicas	☐	
Mecánicas	☐	
Otras	☐	

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede sucedar si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente Obra
Insp. de Herramientas	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	u
EXCAVACION	Fisico temperatura extrema	Deshidratacion Desmayo	Hidratacion	u
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	u
	Cond. de seguridad Superficie de trabajo irregular	golpes fracturas lesiones menores	autocuidado uso de EPP	u
Orden y Aseo	Orden y Aseo	lesiones menores	Orden y Aseo	u

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [NA] Protección Contra Caída
- [NO] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [ ] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Humberto Reyes	Humberto	14 mayo -25	11:30
Elicet Sampayo	Elicet Sampayo		7:30am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?		✓

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Brochero Alvaro Guerrero	Fecha:	14 mayo -25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Loxas

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	
Insp. Herramienta y equipo	Cond de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Armado de tarima de losa	Fisico Temperatura extrema	Deshidratación Dermatosis	Hidratación	
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guardia de Seguridad	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto	14-mayo-25	4:30pm
Raquel Viloria	Raquel Viloria		
Moises Rodriguez	Moises		
Luis Pozo	Luis		
Humberto Reyes	Humberto		7:30am
Elicet Sompayo	Elicet Sompayo		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Bucheli Alvaro Guerrero	Fecha:	14-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de tarima de losa

Lugar de la tarea: CASA IASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond de Seguridad superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado de tarima de losa	FISICO temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratacion	"
	FISICO Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas Activas Carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de seguridad	
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto nivel	uso de arnes de seguridad Andamios	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.† RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [ ] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [ ] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Pato			
Roque Vilorio	Roque Vilorio	15-mayo-25	
Carlos Noriega			
Moises Rodriguez	Moises		
Humberto Reyes	Humberto		
Eliecet Sampayo	Eliecet Sampayo	15	7:30 am - 4:30 pm

6. REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL LÍDER DEL TRABAJO, SEGÚN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Bracho Alvaro Guardia	Fecha:	15-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea:
Armado de Hierro

Lugar de la tarea:
Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo:
Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐ _____
- Eléctricas ☐ _____
- Neumáticas ☐ _____
- Hidráulicas ☐ _____
- Mecánicas ☐ _____
- Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ
Insp Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccionar antes usando uso de EPP	"
Armado de Hierro	Físico temperatura extrema	deshidratación	Hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elementos de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caida
- [ ] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas electricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Ronald Andrade	RONALD	15-May-25	4:30pm
Alberto Palmeras	Alberto		
Carlos Noriega			7:30am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nathaly Bustamante Alvaro Guerrero	Fecha:	15-May-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 14/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Fundida	Manuales ☐ _____
Lugar de la tarea: CASA IASCAR	Eléctricas ☐ _____
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐ _____
	Hidráulicas ☐ _____
	Mecánicas ☐ _____
	Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	
Insp. Herramientas	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Fundida	Fisico Temperatura extrema	deshidratacion	Hidratacion	
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	
	Biomecanico postura - movimiento repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas	
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar proyectadas	golpes - Heridas cortaduras lesiones menores	Autocuidado uso de EPP uso adecuado de Herramientas	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Arriega		16 mayo - 25	7:30am - 4:30pm
Roque Viloria	ROQUE		
Ronald Andrade	RONALD		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buckard / Alvaro Guerrero	Fecha:	16-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de tarima de loso

Lugar de la tarea: CASA INSCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado de tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elementos de Herramientas piezas a trabajar caida de objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab en alturas	caida distinto nivel	uso de arnes y anclajes de Seguridad	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:09
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [ ] Arnés de Seguridad
- [ ] Protección Facial / Ocular
- [x] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [ ] Guantes de Seguridad
- [ ] Protección Contra Caída
- [ ] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. ¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente?

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega	Carlos		
Roque Viloria	ROQUE		
Ronald Andrade	RONALD		
Moises Rodriguez	MOISES	16 mayo - 2025	7:30 am - 4:30 pm
Eliecer Sampayo	Eliecer Sampayo		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1 ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2 ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3 ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Bruchet Nicolas Guerrero	Fecha:	16 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describe la tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Vee Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a obra	Cond. de Seguridad Superficie condesnivel	Lesiones menores	Caminar por el Sendero	
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	Lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Formaleteria	Fisico Temperatura externa	deshidratación desmayo	Hidratación	
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	autocuidado uso de EPP	
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar proyectado	golpes Contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		16 mayo - 2025	7:30 am
Alberto Palmera			
Raquel Viloria			
Moises Rodriguez			
Humberto Reyes			
Elicer Sampayo			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	SI	NO
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buchelli Alvaro Guerrero	Fecha:	16 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: Casa Laxcar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐
- Eléctricas ☐
- Neumáticas ☐
- Hidráulicas ☐
- Mecánicas ☐
- Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Permiso de
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramienta equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	Hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar Caida de Objetos	Heridos Contusiones lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto niveles	uso de arnes autocuidado EPP adecuado	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		2-may-25	1:00 PM
Roque Viloria			
Alberto Palmera			
Luis Polo		1-may	1:00 PM
Ronald Andrade			
Moises Rodriguez			1:30 PM
Elicet Sampayo		1-may	1

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	SI	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natuly Brochero Nuevo Gucarto	Fecha:	17-may-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 18/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Vee Item S.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐
Eléctricas ☐
Neumáticas ☐
Hidráulicas ☐
Mecánicas ☐
Otras

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a obra	Cond de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Armado de Hierro	Fisico Temperaturas extremas	deshidratación	Hidratación	
	Biomecanico postura - movimiento repetitivo - prolongado Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas Carga sugerida	
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objeto	Heridas lesiones menores	uso de EPP autocuidado guantes de Seguridad	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [ ] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Ronald Andrade	RONALD	14 mayo -25	7:30 - 4:30
Alberto Palmera	Alberto		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?		

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buchuma ALVARO GUERRERO	Fecha:	14 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa laxcar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Vee Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramienta y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	N
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	N
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	N
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	N
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	Caida distinto nivel	uso de arnes de seguridad Andamios	N

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [ ] Casco
- [ ] Ropa de Seguridad
- [ ] Protección Facial / Ojos
- [ ] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [ ] Guantes de Seguridad
- [ ] Protección Contra Caída
- [ ] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [ ] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [ ] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [ ] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Ronald Andrade	Ronald	19 mayo 25	1:30 pm
Alberto Palmera	Alberto		
Carlos Noriega	Carlos		
Luis Polo	Luis		
Moises Rodriguez	Moises		
Eliecet Sompayo	Eliecet Sompayo		
Ivan Gutierrez	IVAN	19 mayo 25	7:30 am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Buelvas Ivan Gutierrez	Fecha:	14 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Armado de losa (Hierro	Manuales ☐ _____
Lugar de la tarea: CASA IASCAR	Eléctricas ☐ _____
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo:	Neumáticas ☐ _____
	Hidráulicas ☐ _____
	Mecánicas ☐ _____
	Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Armado de Hierro	Fisico temperatura extrema	deshidratación	hidratación	
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga segura	
	Cond de Seguridad elementos de Herramientas piezas a trabajar caida de objetos	Heridas lesiones menores	uso de EPP autocuidado guarda de Seguridad	
	Cond. de Seguridad trab. en alturas	caida distinto nivel	uso de arnes y andamios de Seguridad	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caida
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		20-05-2025	7:30am - 17:30pm
Roque Vilcas			
Luis Pozo			
Alberto Palmera			
Ronald Andrade			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo		Fecha:	20 mayo

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Rosa L. G.
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion/ desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [ ] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [NO] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noreña		20 - mayo - 2023	7:30 am
Alberto Palmera			
Luis Polo			
Roque Viloria			
Ronald Andrade			
Moises Rodriguez			
Ivan Gutierrez			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	SI	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Lider del Trabajo	Natalia Buchuru Juan Gutierrez	Fecha:	20 - mayo

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de tarima de losa

Lugar de la tarea: CASA IASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐
- Eléctricas ☐
- Neumáticas ☐
- Hidráulicas ☐
- Mecánicas ☐
- Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	caminar por el sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspección autocuidado uso de EPP	"
Armado de tarima de losa	Físico temperatura extrema	Deshidratación Desmayo	Hidratación	"
	Físico Ruido Intermitente	Dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico postura - movimiento repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes y andamios de Seguridad	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICONTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega	Carlos		
Alberto Palmera	Alberto		
Luis Polo	Luis		
Roque Viloria	Roque Viloria		
Ronald Andrade	Ronald		
Moises Rodriguez	Moises	21 - mayo - 25	4:30 pm
Ivan Gutierrez	Ivan	21	7:30 am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buchuno Moises Gutierrez	Fecha:	21 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Hecho Ramiro Ibarra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y Piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas Carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		25	
Alberto Palmera			
Ronald Andrade		21 mayo	7:30am-4:30pm
Raquel Viloria			

6. REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGÚN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Bracho Alvaro Guerrero	Fecha:	21 mayo -25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Laxcar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐
- Eléctricas ☐
- Neumáticas ☐
- Hidráulicas ☐
- Mecánicas ☐
- Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipos y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	N
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratacion	N
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	N
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	N
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	N

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		22/05/2025	7:30am - 4:30pm
Alberto Palmera			
Luis Polo			
Roque Vibrán			
Ronald Andrade			
Moises Rodriguez			
Elicet Sampayo			
Juan Gutierrez			
Adolfo Maury			
Luis Roa			
Oswaine Rodriguez			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[ ]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Brochero Alvaro Guerrero	Fecha:	22 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SST-FT-17
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 18/01/2023
		VERSION 08
		PÁGINA 1 DE 1

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA IASONE

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Hasta Permiso de Ingreso
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion antes del uso de EPP	"
Armado de Hierro	Fisico Temperatura externa	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas Carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar Caida de Objetos	Heridas cortaderas lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios antes del uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o cierto que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega		22-05-25	7:30am - 4:30pm
Alberto Palmera			
Ronald Andrade			
Raquel Viloria			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo		Fecha:	22 mayo -25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Visto Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armada de Hierro	Fisico Temperatura externa	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas Carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar Caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARTOMIC OTEL

3. RESPONSIVA DE ATENDER A LO EVALUADO EN EL ART

EPP REQUERIDOS

- [x] Casco
- [x] Botas de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ocular
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Chaleco de Seguridad
- [x] Protección Contra Caídas
- [ ] Otros

PERMISOS Y CARTAS DE RESPONSIVA REQUERIDAS

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Altura
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. ¿Es posible avanzar o realizar por seguro la tarea?

- [ ] SI. Asegúrese y se provisto con la tarea. Implica con el Líder encargado el uso a tomar, revisar controles adicionales o necesarios la siguiente pregunta
- [x] NO, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y coordinadamente con el Líder del Trabajo.

2. ¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- [x] Si, provisto con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega			
Alberto Polanco			
Luis Pedro			
Ronald Andrade			
Roque Vilorio			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1 ¿Esta seguro que el plan de trabajo es apropiado para el trabajo?	✓	
2 ¿Esta seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3 ¿Esta seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo		**Fecha:**	23 - mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION.00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion/ desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond de Seguridad trab. en alturas	Caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	"

Escaneado con CamScanner

	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
ARQUITEL		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [ ] Protección Facial / Ojos
- [ ] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [ ] Guantes de Seguridad
- [ ] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega	Carlos		
Alberto Palmera	Alberto		
Luis Polo	Luis	23	
Roque Viloria	Roque Viloria		4:30pm
Ronald Andrade	Ronald		
Moises Rodriguez	Moises	23	
Elicet Sompayo	Elicet Sompayo		
Ivan Gutierrez	IVAN		3:30pm
Adolfo Maury	Adolfo	23	
Luis Roa	Luis Roa		3:30pm
Oswaimer Rodriguez	Oswaimer	23	

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Brochero	Fecha:	23 mayo

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Visto Bueno Jefe de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	✓
Armado de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	✓
	Biomecanico postura – movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	✓
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar Caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	✓
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	✓

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto	24-05-25	7:30am - 1:30pm
Roque Vilorio	ROGUE VILORIO		
Ronald Andrade	RONALD		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natuly Barbosa Alvaro Gutierrez	Fecha:	24 mayo - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascas

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Resolución 6 de
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	N
Armado tarima de losa	Físico temperatura extrema	deshidratación desmayo	Hidratación	N
	Físico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	N
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	N
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	N

Escaneado con CamScanner

[redacted]

[redacted]	
[redacted]	
[redacted]	
[redacted]	

[redacted] DO A LO ANALIZADO EN EL ART

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDOS

- [ ] Caliente
- [ ] Trabajo de Soldadura
- [ ] Protección Pantalla / Cara
- [ ] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [ ] Caminos de Seguridad
- [x] Protección Contra Caídas
- [ ] Otros

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. ¿Es posible [redacted]

[ ] SI, continúa y se procede [redacted]

[x] No, continúa con la tarea implementando todos los controles administrativos y [redacted] con el Líder del Trabajo

2. ¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles seleccionados?

[x] SI, procede con la tarea

[ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Carlos Noriega	Carlos Noriega	24	
Alberto Palmera	Alberto	24	
Luis Polo	Luis Polo	24	
Raquel Viloria	Raquel Viloria	24	
Ronald Andrade	Ronald	24	
Moises Rodriguez	Moises	24	
Eliecer Sampayo	Eliecer Sampayo	24	1:00 pm - 1:00 am
Ivan Gutierrez	Ivan	24	
Adolfo Manay	Adolfo	24	
Luis Rua	Luis Rua	24	1:00 pm
Oswaldo Rodriguez	Oswaldo		

6. REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL LÍDER DEL TRABAJO SEGÚN LO ANTERIOR

	SI	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	X	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	X	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	X	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Adolfo Gutierrez / Alvaro Gutierrez	Fecha:	24 marzo

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐
- Eléctricas ☐
- Neumáticas ☐
- Hidráulicas ☐
- Mecánicas ☐
- Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	#SEG Cuadrilla de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y Piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armada de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura – movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar Caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caida
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [ ] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [ ] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto	26-05-2025	4:30pm
Adolfo Maury	ADOLFO		
Ronald Andrade	Ronald		7:30am - 4:30pm
Oswaldo Rodriguez	Oswaldo		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buchero ALVARO GUERRERO	Fecha:	26 - 05 - 25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascae

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramienta y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	N
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion/ desmayo	Hidratación	N
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	N
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	N
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	N

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION 09
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Pabo			
Luis Rua			
Moises Rodriguez	UIDESA		
Ivan Gutierrez			
Eliecat Sampayo		26-05-2025	4:30 pm - 7:30 am
Raque Viloria			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Brochero ALVARO GUERRERO	Fecha:	26-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Hasta Puerta de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armada de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura – movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto Palmera	27-05-25	7:30am-4:30pm
Adolfo Mavy	Adolfo Mavy		
Ronald Andrade	Ronald		
Oswaldo Rodriguez	Oswaldo Rodriguez		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nombre Apellido	**Fecha:** 27-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 18/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [ ] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Pobo		27-05-25	7:30am - 4:30pm
Luis Rua			
Moises Rodriguez			
Juan Gutierrez			
Elicet Sampayo			
Roger Viloria			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Esta seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Esta seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Esta seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Lider del Trabajo	Nombre: Alvaro Gutierrez	Fecha: 27-05-25

Escaneado con CamScanner

AROUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 18/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Armado de Hierro	Manuales ☐
Lugar de la tarea: CASA LASCAR	Eléctricas ☐
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐
	Hidráulicas ☐
	Mecánicas ☐
	Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Jefe de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un Incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmeru	Alberto Palmeru		
Adolfo Mavey	Adolfo Mavey	28-05-25	4:30pm
Ronald Andrade	Ronald Andrade		
Osmimen Rodriguez	Osmimen Rodriguez	28	7:30am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Bucheli Alvaro Guerrero	**Fecha:**	28-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	n
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	n
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	n
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	n
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	n

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Polo			
Luis Roa		29-05-2025	4:32pm
Moises Rodriguez			
Ivan Gutierrez			
Eliecit Sampayo		29-05-2025	7:32am
Roque Viloria			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Broches Alvaro Guerrero	Fecha:	29-05-25

Escaneado con CamScanner

AROUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Manuales ☐ _____
- Eléctricas ☐ _____
- Neumáticas ☐ _____
- Hidráulicas ☐ _____
- Mecánicas ☐ _____
- Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	Hasta Puerta de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramental, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado de Hierro	Fisico Temperatura externa	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios autocuidado uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caida
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto		
Adolfo Mavery	Adolfo		
Ronald Andrade	Ronald	29-05-2025	4:30pm
Oswaimer Rodriguez	Oswaimer		7:30am

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Buchuno Alvaro Guerrero	Fecha:	29-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 18/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describe la tarea: Formaleteria

Lugar de la tarea: CASA IASCAE

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	
Formaleteria	Fisico Temperatura externa	deshidratación desmayo	Hidratación	
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	autocuidado uso de EPP	
	Biomecanico postura - movimientos repetitivo - prolongado Manipulacion de carga	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	
	Cond de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar proyectado	golpes contusiones Heridas lesiones menores	autocuidado uso de Herramientas y EPP adecuados	

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caida
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Especios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tares con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Polo		24-05-2025	9:30 AM
Luis Rua			
Moises Rodriguez			
Ivan Gutierrez			
Elicit Sampayo			
Roque Viloria			

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	[x]	[ ]
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	[x]	[ ]
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	[x]	[ ]

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Brachero Alvaro Gutierrez	Fecha:	24-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 18/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado de Hierro

Lugar de la tarea: CASA LASCAR

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el Sendero	ASEO Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipos	Cond. de Seguridad Herramienta, equipo y Piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion antecedentes uso de EPP	"
Armada de Hierro	Fisico Temperatura extrema	deshidratación	hidratación	"
	Biomecanico postura – movimientos repetitivo Manipulacion carga manual	lesiones osteomusculares	Higiene postural Pausas Activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramientas piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas cortaduras lesiones menores	uso de EPP guantes de Seguridad	"
	Cond. de Seguridad trab. en altura	caida distinto nivel	uso de Arnes Andamios antecedentes uso de EPP	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto	30-05-25	7:30am - 4:30pm
Adolfo Mayey	Adolfo		
Ronald Andrade	Ronald		
Oswamer Rodriguez	Oswamer		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Gracian Alvaro Gutierrez	Fecha: 30-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	FECHA: 16/01/2023
		VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea:
Armado tarima de losa

Lugar de la tarea:
Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo:
Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐
Eléctricas ☐
Neumáticas ☐
Hidráulicas ☐
Mecánicas ☐
Otras ☐

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	N
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	N
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	N
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	N
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	Caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	N

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Alberto Palmera	Alberto	31-05-25	7:30am - 1:00pm
Adolfo Maury	ADOLFO		
Ronald Andrade	RONALD		
Oswaner Rodriguez	Oswaner R.		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Nataly Buchero Alvaro Guerrero	Fecha:	31-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Resid. de Obra
Insp. Herramientas y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	n
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion desmayo	Hidratación	n
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	n
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	n
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	Caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	n

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA

Describa la tarea: Armado tarima de losa

Lugar de la tarea: Casa Lascar

Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.

2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales ☐ _____

Eléctricas ☐ _____

Neumáticas ☐ _____

Hidráulicas ☐ _____

Mecánicas ☐ _____

Otras ☐ _____

3. ANÁLISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond. de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramienta y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	"
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion/ desmayo	Hidratación	"
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	"
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	"
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	"
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	"

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [x] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de lineas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Pozo			
Luis Rosa		30-05-2025	4:30 pm
Moises Rodriguez			
Juan Gutierrez			
Elicet Sampayo			7:30 pm
Roque Viloria	ROQUE		

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	✓	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	✓	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	✓	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalys Buchuru Alvaro Guerrero	Fecha:	30-05-25

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-27
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION:00
		PÁGINA 1 DE 2

1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS
Describa la tarea: Armado tarima de losa	Manuales ☐ _____
Lugar de la tarea: casa lascar	Eléctricas ☐ _____
Personas que elaboran el Análisis de Trabajo: Ver Item 5.	Neumáticas ☐ _____
	Hidráulicas ☐ _____
	Mecánicas ☐ _____
	Otras ☐ _____

3. ANALISIS DEL TRABAJO SSTA

Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área.	Peligros existentes y potenciales, así como los aspectos ambientales (Identifique los peligros de la SST - aspectos ambientales a los que estará expuesto)	Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente)	Controles Requeridos	Autorización Líder
Ingreso a Obra	Cond de Seguridad Superficie con desnivel	lesiones menores	Caminar por el sendero	HSEQ Residente de Obra
Insp. Herramienta y equipo	Cond. de Seguridad Herramientas, equipo y piezas a trabajar	lesiones menores	Inspeccion autocuidado uso de EPP	N
Armado tarima de losa	Fisico temperatura extrema	deshidratacion/ desmayo	Hidratacion	N
	Fisico Ruido Intermitente	dolor de cabeza	uso de EPP autocuidado	N
	Biomecanico Postura - movimientos repetitivo - prolongados Manipulacion de cargas	lesiones osteomusculares	Higiene postural pausas activas carga sugerida	N
	Cond. de Seguridad elemento de Herramienta piezas a trabajar caida de Objetos	Heridas Cortaduras lesiones menores	uso de EPP guarda de Seguridad	N
	Cond de Seguridad trab. en alturas	caida distinto niveles	uso de arnes de seguridad Andamios	N

Escaneado con CamScanner

ARQUICOTEL	FORMATO	CÓDIGO: SGI-FT-77
		FECHA: 16/01/2023
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SSTA	VERSION 00
		PÁGINA 2 DE 2

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- [x] Casco
- [x] Ropa de Seguridad
- [x] Protección Facial / Ojos
- [x] Protección Auditiva
- [x] Protección Respiratoria
- [x] Guantes de Seguridad
- [ ] Protección Contra Caída
- [ ] Otros:

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS:

- [x] Permiso de Trabajo
- [ ] Trabajo en Caliente
- [ ] Trabajo cerca de líneas eléctricas
- [x] Trabajo en Alturas
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Izaje de Cargas

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. **¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?**

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- [x] No, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. **¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

- [x] Si, proceda con la tarea
- [ ] No, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

Nombre	Firma	Fecha	Hora
Luis Polo			
Luis Pina			
Moises Rodriguez		31-05-25	1:00 pm
Ivan Gutierrez			
Ellecit Sampayo			1:30 pm
Raquel Viloria			1:30

6. REVISION Y AUTORIZACION POR PARTE DEL LIDER DEL TRABAJO, SEGUN LO ANTERIOR

	Si	No
1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?	x	
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?	x	
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tienen los Permisos requeridos?	x	

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo	Natalia Brochero ALVARO GUERRERO	Fecha:	31-05-25

Escaneado con CamScanner