9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Oficial
Fecha: 04-06-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S.G.J

FECHA DE LA INDUCCION: 8 - Junio 2025

HORA DE INICIO: 9 AM **HORA FINAL:** 1030

El trabajador José Olberto Hengo identificado con número de cedula 76453567 de Alejandria, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

JOSE HENGO

C.C 76453567
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 90/90

Nombre y Apellidos: JOSE OLIBERO HENAO

C.C: 75453567 **Cargo:** OFICIAL

Subcontratista SGJ **Fecha:** 8 Junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo publico riesgo mecanico Riesgo Vial

b)

c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

reportar actos y condiciones

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
X b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
X d) Acto inseguro.

Jose Henao

Firma del trabajador.
Cargo: Oficial
Fecha: 8 - junio 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S Y J

FECHA DE LA INDUCCION: 8 Junio 2025

HORA DE INICIO: 9am **HORA FINAL:** 10.30

El trabajador Jesus A Gonzalez identificado con número de cedula 71737348 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Jesus Gonzalez

C.C 71737348
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Jesus Alberto Gonzalez G

C.C: 71737348 **Cargo:** Oficial

Subcontratista SYJ **Fecha:** 8 Junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Riesgo electrico

   b) Riesgo Vial

   c) Riesgo Mecanico

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

hasta 24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

reportar actos y condiciones inseguras

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Jesus A Ramirez

Firma del trabajador.
Cargo: oficial
Fecha: 8 Junio 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S y J S.A.S

FECHA DE LA INDUCCION: 08/06/2025

HORA DE INICIO: 9.00 AM **HORA FINAL:** 10:30 AM

El trabajador Juan Manuel ateyua Cardenas identificado con número de cedula 1005640860 de Sanlois de sincé, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C/C 1005640860
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Juan Manuel Atencia Cardenas

C.C: 1005640860 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista S y J S.A.S **Fecha:** 08/06/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo: publico

b) mecanico:

c) Quimico:

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas estan presente en su sitio en el trabajo

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador. 1005640860
Cargo: Ayudante
Fecha: 08/06/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S y J

FECHA DE LA INDUCCION: 8 de Junio - 2025

HORA DE INICIO: 9 AM **HORA FINAL:** 10 AM

El trabajador Ivan Navarro identificado con número de cedula 92028621 de Sinci, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Ivan Navarro

c.c 92028621
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nombre y Apellidos: Juan Alfredo Navarro Anaya

Nota: 10/10

C.C: 92028621 **Cargo:** Oficial

Subcontratista SYJ **Fecha:** 08-06-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo electrico

b) Riesgo Mecanico

c) Riesgo Publico

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 Horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar Actos y Condiciones Inseguras.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
X b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
X d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Oficial
Fecha: 09-06-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: SYJ

FECHA DE LA INDUCCION: 08/06/2025

HORA DE INICIO: 9:00am **HORA FINAL:** 1070 am

El trabajador Carlos Mario Rendon taranda identificado con número de cedula 98638785 de Ituango, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 98638285
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Carlos Mario Rendon Taranda

C.C: 98638285 **Cargo:** Encargado

Subcontratista SYS **Fecha:** 08/06/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Electrico

b) Mecanico

c) Vial

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

(a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
(c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
(b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas estan presente en su sitio de trabaje

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
(b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
(d) Acto inseguro.

Firma del trabajador
Cargo: Encargado
Fecha: 08/06/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S y J

FECHA DE LA INDUCCION: 8 de junio

HORA DE INICIO: 9:30 **HORA FINAL:** 10:30

El trabajador Heiker Enrique Rojas identificado con número de cedula _____ de _____, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Heiker Rojas

C.C 1.082948392 Sta Marta

Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Neiker Rojas

C.C: 1.082948392 **Cargo:** ayudante

Subcontratista SYJ **Fecha:** 8 de junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo químico

b) Riesgo mecanico

c) Riesgo Vial

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

hasta 24h

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reporta actos y condiciones inseguras cuado estan presente en su

9. Una condición insegura corresponde a:

   a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
   b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
   c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
   d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

    a) Accidente de trabajo.
    b) Peligro.
    c) Riesgo.
    b) Acto inseguro.

Heiker Rojas
Firma del trabajador.
Cargo: ayudante 1°
Fecha: 1° de junio

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: G Y J

FECHA DE LA INDUCCION: 8. Junio 2025

HORA DE INICIO: 9.00 AM **HORA FINAL:** 10.30

El trabajador Sergio david Gandica identificado con número de cedula 1066731926 de Planeta rica C., **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Sergio Gandica

C.C 1066731926
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nombre y Apellidos: Sergio Gandica

Nota: 10/10

C.C: 1066731926 **Cargo:** oficial

Subcontratista S x J **Fecha:** 8 Junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) riesgo quimico riesgo electrico riesgo mecanico

b)

c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL 9C VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos condiciones ingeguras

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Sergio Gandia
Firma del trabajador.
Cargo: oficial
Fecha: 8 Junio 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S Y J

FECHA DE LA INDUCCION: 8 de Junio 2023

HORA DE INICIO: 9. am **HORA FINAL:** 10.30

El trabajador Edgar Arana identificado con número de cedula 1050729901 de Montería Cba **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Edgar Arana

C.C 1050729901
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Edgar Arturo

C.C: 1030782901 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista SYJ **Fecha:** 9 de Junio

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riego ELÉCTRICO
Riesgo MECÁNICO

b) Riesgo ovial
Riesgo

c) Riesgo

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

2 d hBas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos x condiciones

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Edgar Arroyo
Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 8.6.2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S y J

FECHA DE LA INDUCCION: 8 de JUNIO -2025

HORA DE INICIO: 9am **HORA FINAL:** 10:30

El trabajador Wilver Monsalve Giraldo identificado con número de cedula 1040753347 de la estrella **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Wilver Monsalve

C.C 1040753347
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nombre y Apellidos: Wilver Mansalve Giraldo

Nota: 10/10

C.C: 1040753347 **Cargo:** ayudante

Subcontratista SYJ **Fecha:** 8 de junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo- electrico - electrocion

b) Riesgo vial - accidente con moto

c) Riesgo - mecanico - accidente con pulidora

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediantamento

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales? Hasta 24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos - actos y condiciones Medicas Cuando etc

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Wilver Manzano G.

Firma del trabajador.
Cargo: aydante
Fecha: 8 de julio 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Movidos en carro

FECHA DE LA INDUCCION: 12 06 2025

HORA DE INICIO: 9:00 **HORA FINAL:** 10:00

El trabajador Esteneva Posada identificado con número de cedula 1079491910 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 1079491910
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Stefanny Palencia

C.C: 1039431800 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Maridor Ingeniería **Fecha:** 13-06-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Vías de tránsito

Ruido

b) Riesgo Mecánico

c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediata

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

cumplir con las Políticas Normas y Procedimientos

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: ayudante
Fecha: 12 06 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: ARGeon

FECHA DE LA INDUCCION: 06012-025

HORA DE INICIO: 9 A.M **HORA FINAL:** 10 AM

El trabajador Manuel Arteaga identificado con número de cedula 70432250 de CAÑAS GO, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 70432250
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: _____

Nombre y Apellidos: Manuel Antequera

C.C: 70432250 **Cargo:** AYE

Subcontratista ARGCON **Fecha:** 12

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

ARLCOLPATRIA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Publico

Riesgo vial

b) Ruido

Físico

c) Quimico

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 Horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: A y t
Fecha: 12/06/25

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Argeon

FECHA DE LA INDUCCION: 12/06/2022

HORA DE INICIO: 9:00 **HORA FINAL:** 10:00

El trabajador Jorge elias Ubbe Hurtado identificado con número de cedula 70434014 de Cañas gordas, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Elias Ubbe

C.C 7043014

Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Jorge elias Uribe

C.C: 70434014 **Cargo:** oficial

Subcontratista orgeon **Fecha:** 12/06/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Colpatria

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo vial

Ruido

b) Riesgo Mecanico

c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
(x) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 Horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Cumplir con las politicas normas y procedimientos del SG-SST

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador. Elios Cuto
Cargo: oficial
Fecha: 12/06/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: S4J

FECHA DE LA INDUCCION: 12/06/2025

HORA DE INICIO: 9:00Am **HORA FINAL:** 10:00Am

El trabajador Faymar Cardona Padilla identificado con número de cedula 1001671438 de Bogotá, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Faymar C.

C.C 1001671438
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Faymar Cardona Padilla

C.C: 1001671438 **Cargo:** Auxiliar SST

Subcontratista S4J **Fecha:** 12/06/25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Público
Riesgo vial

b) Ruido
Físico

c) Químico

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

(X) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
(X) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
(X) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 Horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(√) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(√) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Faymar C.

Firma del trabajador.
Cargo: Auxiliar SST
Fecha: 12/06/2024

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: M.Casa) Mando en Casa

FECHA DE LA INDUCCION: 12/06/2025

HORA DE INICIO: 9:00 **HORA FINAL:** 10:00

El trabajador Francisco Javier Hurtado Pineda identificado con número de cedula 1017266640 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Francisco

C.C 1017266640
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Francisco Javier Hurtado Pineda

C.C: 1017266640 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Marido en casa **Fecha:** 12/06/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo Vial

Ruido

b) Riesgo Mecanico

c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 Horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Cumplir con las Politicas normas y procedimientos del SG-SST

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) (X) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) (X) Acto inseguro.

Francisco
Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 12/06/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: JAJ

FECHA DE LA INDUCCION: 16 de Junio de 2025

HORA DE INICIO: 11:00AM **HORA FINAL:** 12:00 M

El trabajador Jairo de Jesús Hincapie Valencia identificado con número de cedula 70.162.304 de San Carlos (Ant), **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

JAIRO HINCAPIE

C.C 70.162.304
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/90

Nombre y Apellidos: Jairo de Jesus Hincapie Valencia

C.C: 70.162.304 **Cargo:** Oficial

Subcontratista JAJ **Fecha:** 16/06/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

ARL Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo Público = No dejando mis elementos tirados en cualquier lado

b) Riesgo Electrico = Utilizando los EPP para que dipronto una acometida me afecte

c) Riesgo Ergonomico = Teniendo buena postura cuando vaya a agacharme o hacer una fuerza.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
(X) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

De inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

De inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Jacinto Hinostroza Pie
Firma del trabajador.
Cargo: Oficial
Fecha: 16/06/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: JAJ.

FECHA DE LA INDUCCION: 16 Junio 2025.

HORA DE INICIO: 11:00 am **HORA FINAL:** 12:00 m.

El trabajador Daniel Fernando Toro Arambula identificado con número de cedula 1094914386. de _____, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 1094914386

Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Catalina Montoya Profesional GR 08/03/2022	Melba Albañil Coordinadora sst 08/06/2022	Horacio Cárdenas Representante legal 08/06/2022	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Daniel Toral Arambulé

C.C: 1099914386 **Cargo:** Ayudante.

Subcontratista JAJ. **Fecha:** 16 Junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo Electrico:

b) Riesgo Físico:

c) Riesgo Vial

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Inmediatamente.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(✓) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(✓) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo

9. Una condición insegura corresponde a:

   a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
   b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
   c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
   d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

   a) Accidente de trabajo.
   b) Peligro.
   c) Riesgo.
   d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 16 Junio 2024

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: JAJ

FECHA DE LA INDUCCION: 16 de Junio del 2025

HORA DE INICIO: 11:00 **HORA FINAL:** 12:00

El trabajador Juan Camilo Martinez identificado con número de cedula 1077461816 de Tadó Chocó, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Camilo Martinez

C.C 1077461816
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Juan Camilo Martinez Bentaria

C.C: 1077461816 **Cargo:** aYudante

Subcontratista JAJ **Fecha:** 16 de Junio

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Riesgo Publico

b) Riesgo economico

c) Riesgo Vial

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
(b) Procurar el cuidado integral de su salud.
(c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
(b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

inmediatamente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas estan presentes en su sitio de trabajo

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

camilo martinez
Firma del trabajador.
Cargo: ayudante
Fecha: 16 de Junio

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: excapis

FECHA DE LA INDUCCION: 16 Junio 162025

HORA DE INICIO: 11.12 **HORA FINAL:** 12:00

El trabajador Luis Eduardo Galvan Velasquez identificado con número de cedula 1133775823 de monitor cordon **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Luis Galvan

C.C 1133775823
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: luis eduardo galvan velasquez

C.C: 1133775823 **Cargo:** _____

Subcontratista excapis sura **Fecha:** 16 Junio 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) riesgo publico.

b) riesgo electrico.

c) riesgo fisico.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
(X) Procurar el cuidado integral de su salud.
(X) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediatamente.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

inmediata mente.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(✓) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(✓) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas estaì presente en su trabajo.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

luis eduardo galvan
Firma del trabajador.
Cargo: ayudande
Fecha: 16 Junio 16 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: JAJ

FECHA DE LA INDUCCION: 16-06-2025

HORA DE INICIO: 11 **HORA FINAL:** 12

El trabajador Miguel Ansel Moreno Osorio identificado con número de cedula 1013392488 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Miguel

C.C 1013392488
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 40/40

Nombre y Apellidos: Miguel Angel Moreno osorio

C.C: 1013342988 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista JAT **Fecha:** 16-06-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Publico

   b) electrico

   c) vial

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

inmediatamente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

reportar actos y condiciones inseguras cuando estas estan presentes en su sitio de trabajo

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Misael

Firma del trabajador,
Cargo: Ayudante
Fecha: 16-06-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 08/06/2022

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: I + C

FECHA DE LA INDUCCION: 20-6-2025

HORA DE INICIO: 9. am **HORA FINAL:** 10.30 am

El trabajador Angel Pinto Londoño identificado con número de cedula 71644540 de Medellín, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 71644540
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Catalina Montoya	Melba Albañil	Horacio Cárdenas	
Profesional GR	Coordinadora sst	Representante legal	
08/03/2022	08/06/2022	08/06/2022	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 90/90

Nombre y Apellidos: Angel Pino

C.C: 71644540. **Cargo:** oficial

Subcontratista I+C **Fecha:** 20 6 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) vial - Publico - contaminacion

   b)

   c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
X d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

reportar actos condiciones inseguras

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador
Cargo: oficial
Fecha: 20.6.2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 08/06/2022

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Inmace

FECHA DE LA INDUCCION: 20-06-25

HORA DE INICIO: 9:00-10:30 **HORA FINAL:** 10:30

El trabajador Juan Camilo Lopera Pino identificado con número de cedula 1.152.694.780 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Juan Camilo Lopera

C.C 1.152.694.780
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Catalina Montoya	Melba Albañil	Horacio Cárdenas	
Profesional GR	Coordinadora sst	Representante legal	
08/03/2022	08/06/2022	08/06/2022	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Juan camilo lopara pino

C.C: 7.752.694.780 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Inmace **Fecha:** 20-06-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Riesgo vial

   b) Riesgo Electrico

   c) Riesgo de caida

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
(X) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
(X) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Se tiene que acudir inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Mazimo 24 horas

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Reportar actos y condiciones a nuestra Empresa

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Juan Camilo Lopera Pino
Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 20-06-25

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Servicios Aseos y Vallas.

FECHA DE LA INDUCCION: 25-06-2025

HORA DE INICIO: 8am **HORA FINAL:** 10am.

El trabajador Dinora Rocio Cordoño Diaz. identificado con número de cedula 43799751. de Bello, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Dinora

c.c 43799751.
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Dinora. Rocio Londoño Diaz.

C.C: 43799751 **Cargo:** Encargada de personal

Subcontratista Señales Ausoyuellas **Fecha:** 25-06-2025.

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   ARL Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Publico.

   b) fisico.

   c) Visual.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Usar correctamente los EPP

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Encargada Personal
Fecha: 25-06-2025.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Cercles Ausus y vallas.

FECHA DE LA INDUCCION: 25-06-2025.

HORA DE INICIO: 8am **HORA FINAL:** 10 am.

El trabajador Leidy Tatiana Cardeño Diaz. identificado con número de cedula 43181201 de Itagui, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

c.c 43181201
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Ledy, Giovanna Londoño Diaz.

C.C: 43181207 **Cargo:** Encargada.

Subcontratista Señales Viales y Vallas **Fecha:** 25-06-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Visual

   b) Ergonomico.

   c) Publico.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de inmediato.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Usar los Epp.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Encargada PHSocial
Fecha: 25-06-2025.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Señales Aunsa y vallas

FECHA DE LA INDUCCION: 25-06-2025.

HORA DE INICIO: 8am **HORA FINAL:** 10am.

El trabajador Flaider cudio Precado Pinillo. identificado con número de cedula 8430182. de Hugo., **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Flaider Precado

C.C 8430182.
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Fleider. Ovidio Mercado Pinillo.

C.C: 8930182 **Cargo:** AUX Anturo.

Subcontratista Senales Aseos y vallas **Fecha:** 25-06-2025.

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

ARL SURA.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Visual

b) Ergonomico

c) publico.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de manera inmediata

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de manera inmediata.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Usar de manera completa los Epp

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Flader Dorado

Firma del trabajador.
Cargo: Auxiliar de pintura
Fecha: 25-06-2025.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Señales Avisos y vallas.

FECHA DE LA INDUCCION: 25-06-2025.

HORA DE INICIO: 8am **HORA FINAL:** 10am.

El trabajador Julian Diaz Atehortua. identificado con número de cedula 1000918770 de Caldas, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Julian Diaz A.

c.c 1000918770

Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Julian Diaz Atehortua.

C.C: 1000918.770. **Cargo:** Aux Pintura.

Subcontratista Señales Avisos y Vallas **Fecha:** 25-06-2025.

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   ARL Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Ergonomico.

   b) Visual

   c) Publico.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de inmediato.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de inmediato.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Usar los Epp de forma correcta.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Julian Diaz A.

Firma del trabajador.
Cargo: Auxiliar de pintura
Fecha: 25-06-2025.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Senales Aussa y vallas.

FECHA DE LA INDUCCION: 25-06-2025.

HORA DE INICIO: 8am **HORA FINAL:** 10am.

El trabajador Jaime Andres Vallejo Rodriguez. identificado con número de cedula 1017173234. de Medellin. **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Jaime Vallejo.

C.C 1017173234.
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Jaime Andres Vallejo Rodriguez

C.C: 1017173234 **Cargo:** Aux Pintura.

Subcontratista Señales aereas y viales **Fecha:** 25-06-2025.

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Visual

b) Ergonomico.

c) Publico.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de forma inmediata.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de manera inmediata.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Usar los elementos de protección

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Jaime Vallejo
Firma del trabajador.
Cargo: Auxiliar de Pintura.
Fecha: 25-06-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Sandra Cruz y Walkis

FECHA DE LA INDUCCION: 25-06-2025.

HORA DE INICIO: 8am **HORA FINAL:** 10am

El trabajador Daniel Florez Piedrahita identificado con número de cedula 1017253038. de Medellín, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Daniel Florez

c.c 1017253038.
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Daniel Florez Piedrahita.

C.C: 1017253038. **Cargo:** Aux Pintura.

Subcontratista Señales y vallas **Fecha:** 25/06/2025.

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

Arl Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Ergonomico.

b) Público.

c) Visual.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de inmediato.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Usar los Epp.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Daniel Florez.

Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante de Pintura.
Fecha: 25/06/2025.

ANEXO H

COMPONENTE SST

2. Exámenes Médicos

461

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id:	3497-1340711
Fecha:	2025-05-21 07:55:32

Datos Generales del Paciente

Paciente:	CC : 1082948392, NEIKER ENRIQUE ROJAS EPALZA				
Fecha de Nacimiento:	2006-10-09	**Género:** Hombre	**Edad:** 18	**Teléfono:** 3019101026	
Dirección:	CRA 32 31 27 LORETO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Exámenes complementarios

Visiometria	Normal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-05-21
Audiometria	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-05-21
Colesterol total	Normal	2025-05-21
Triglicéridos	Normal	2025-05-21
Glicemia	Normal	2025-05-21

Hemograma	Normal	2025-05-21

*** Concepto**

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

ALTURAS - Trabajo en Alturas
Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

*** Detalle concepto ocupacional**

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR EN ALTURAS.

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

NEIKER ENRIQUE ROJAS EPALZA
CC : 1082948392

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id: 3497-1340711
Fecha: 2025-05-21 07:55:32

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 1082948392, NEIKER ENRIQUE ROJAS EPALZA				
Fecha de Nacimiento:	2006-10-09	**Género:** Hombre	**Edad:** 18	**Teléfono:** 3019101026	
Dirección:	CRA 32 31 27 LORETO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Recomendaciones generales

NINGUNA

* Conductas ocupacionales preventivas

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica

VISUAL,AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD
EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

NEIKER ENRIQUE ROJAS EPALZA
CC : 1082948392

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S YN
J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39.190.259

463

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id: 3631-1382771
Fecha: 2025-06-05 08:57:16

Datos Generales del Paciente



Paciente:	CC : 1005670860, JUAN MANUEL ATENCIA CARDENAS				
Fecha de Nacimiento:	2003-09-29	**Género:** Hombre	**Edad:** 21	**Teléfono:** 3247438749	
Dirección:	CALLE 93 A N 37 47 MANRIQUE SAN PABLO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Información No Disponible
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				

* Exámenes complementarios

Visiometria	Normal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-06-05
Audiometria	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-06-05
Colesterol total	Normal	2025-06-05
Triglicéridos	Normal	2025-06-05

Glicemia	Normal	2025-06-05
Hemograma	Normal	2025-06-05

* Concepto

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

ALTURAS - Trabajo en Alturas
Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

* Detalle concepto ocupacional

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR EN ALTURAS.



WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074



JUAN MANUEL ATENCIA CARDENAS
CC : 1005670860

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id: 3631-1382771
Fecha: 2025-06-05 08:57:16



Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 1005670860, JUAN MANUEL ATENCIA CARDENAS				
Fecha de Nacimiento:	2003-09-29	**Género:** Hombre	**Edad:** 21	**Teléfono:** 3247438749	
Dirección:	CALLE 93 A N 37 47 MANRIQUE SAN PABLO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Información No Disponible
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				

* **Recomendaciones generales**

NINGUNA

* **Conductas ocupacionales preventivas**

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

VISUAL,AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD
EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

JUAN MANUEL ATENCIA CARDENAS
CC : 1005670860

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S YN J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39190259

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id:	3611-1381135
Fecha:	2025-06-04 07:33:16

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 1040753347, WILVER ESTIVEN MONSALVE GIRALDO				
Fecha de Nacimiento:	1996-03-30	**Género:** Hombre	**Edad:** 29	**Teléfono:** 3015994519	
Dirección:	DIAGONAL 17 CC N 56 B 43 VILLATINA			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Exámenes complementarios

Audiometría	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-06-04
Visiometria	Anormal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-06-04
Colesterol total	Normal	2025-06-04
Triglicéridos	Normal	2025-06-04
Glicemia	Normal	2025-06-04

Hemograma	Normal	2025-06-04

*** Concepto**

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

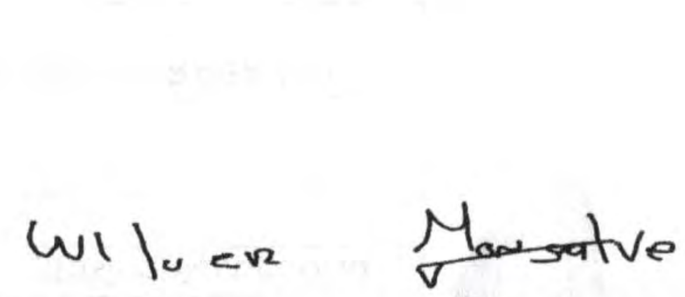
ALTURAS - Trabajo en Alturas
Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

*** Detalle concepto ocupacional**

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR EN ALTURAS.



WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074



WILVER ESTIVEN MONSALVE GIRALDO
CC : 1040753347

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id:	3611-1381135
Fecha:	2025-06-04 07:33:16

Datos Generales del Paciente

Paciente:	CC : 1040753347, WILVER ESTIVEN MONSALVE GIRALDO				
Fecha de Nacimiento:	1996-03-30	**Género:** Hombre	**Edad:** 29	**Teléfono:** 3015994519	
Dirección:	DIAGONAL 17 CC N 56 B 43 VILLATINA			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* **Recomendaciones generales**

CONTROL VISUAL ANUAL DE OPTOMETRIA

* **Conductas ocupacionales preventivas**

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD
EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

WILVER ESTIVEN MONSALVE
GIRALDO
CC : 1040753347

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S YN
J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39190259



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 10/06/2025

Certificado de aptitud: 1039451910-1844516

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	10 jun. 2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	SALOMON POSADA RODRIGUEZ	**Identificación:**	1039451910
Género	MASCULINO **Edad:** 36	**Teléfono**	**Móvil:** 3017276492
Fecha	17/05/1989	**Cargo:**	AYUDANTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SAVIA SALUD
Dirección	BARRIO GRANIZAL	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	MARIDO EN CASA S.A.S.	**AREA: OPERATIVA**	
		Peso: 60 Talla: 165 IMC: 22.04	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	
OPTOMETRIA	CONDICIÓN VISUAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES	
MEDICINA OCUPACIONAL		DEBE CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO ESTABLECIDOS PARA EL CARGO ASIGNADO Y HACER USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SG SST DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA UNA HORA MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA. CAPACITACIÓN Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS.
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

Médico Especialista en Salud Laboral
RODOLFO SERRATO BONILLA
LC 255185/05-10-2015 REG 306-2

Firma y cédula del Paciente
SALOMON POSADA RODRIGUEZ
Identificación: 1039451910

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		**Empresa en Misión**		
CONSTRUCTORA SYJ SAS				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
901744373	CR 65 119 A 02		Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	**Documento de identidad**	**Edad**	**Género**
HENAO CIFUENTES JOSE OLIBERTO	CC 15453567	47 Años	M

Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**	**Estado Civil**
ALEJANDRIA	Medellin	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3146436410	BARRIO SAN JAVIER	3146436410
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
NOTIENE@GMAIL.COM	PRIMARIA	B +

IMC	**Hijos**	**EPS**
23.46	1	SURA EPS

VACUNACION COVID-19	**COVID-19 DOSIS**	**VACUNA**	**VACUNA REFUERZO**
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° PFIZER 2° PFIZER	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	**Fecha**	**Hora Ingreso**	**Hora Inicio Atencion**	**Hora Salida Atencion**
OFICIAL DE OBRA	2025-05-03	06:19:08	09:16:27	11:21:34

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PREINGRESO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: APTO.	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EVALUACION MEDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS - EVALUCION MEDICA CON ENFASIS EN VERTIGO NEUROLOGICO Y OSTEOMUSCULAR-CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA ALTURAS: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES) PAQ ALT) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA PAQ ALT) SE REALIZA
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT)
Uso de corrección óptica ocasional o prolongada
Usar gafas de corrección óptica para visión cercana
Se solicita valoración por optometría por hallazgos encontrados en el examen complementario (Visiometria) para determinar si hay corrección de la agudeza visual.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Cumplir con los procedimientos para el trabajo seguro. Avisar a supervisor o superior si sus condiciones de salud se han modificado y presenta alguna limitación o restricción para realizar labores. Garantizar a través de permisos las labores que se desarrollen, Utilizar medidas de prevención y protección contra caídas, Disponer de personal calificado, Implementar programas de capacitación y entrenamiento para los trabajadores. Cumplir con los procedimientos definidos para desarrollar su trabajo. Informar oportunamente de los peligros identificados en el trabajo. Participar en las actividades que se desarrollen en el sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo. Desplácese en forma segura por las escalas, pisos irregulares y por las vías públicas. Cumplir con la normatividad de manejo o manipulación de cargas (hombre o mujer). Usar adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura suministrados por el empleador, Utilizar protección respiratoria adecuada en ambientes con material particulado, Utilizar protección auditiva en áreas por encima de 80 Db.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades de origen "mental, físicas u otras que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea)", que va a estar expuesto a trabajo en alturas. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



JOSE HENAO
75453567

Firma:
Nombre: PALENCIA TOVAR CHRISTIAN LUIGE
R.M. / TP: RM.1143356106 L.S.O.204/2030

Firma:
Nombre: JOSE OLIBERTO HENAO CIFUENTES
Documento: 15453567

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id: 3612-1381142
Fecha: 2025-06-04 07:51:52

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 1050782901, EDGAR ANTONIO ARANA SANDOVAL				
Fecha de Nacimiento:	1980-11-25	**Género:** Hombre	**Edad:** 44	**Teléfono:** 3234569717	
Dirección:	CRA 28 SANTO DOMINGO SAVIO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Primaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Exámenes complementarios

Visiometria	Anormal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-06-04
Audiometría	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-06-04
Colesterol total	Normal	2025-06-04
Triglicéridos	Normal	2025-06-04
Glicemia	Normal	2025-06-04

470

Hemograma	Normal	2025-06-04

*** Concepto**

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

ALTURAS - Trabajo en Alturas
Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

*** Detalle concepto ocupacional**

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR EN ALTURAS.

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

EDGAR ANTONIO ARANA SANDOVAL
CC : 1050782901

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id: 3612-1381142
Fecha: 2025-06-04 07:51:52

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 1050782901, EDGAR ANTONIO ARANA SANDOVAL				
Fecha de Nacimiento:	1980-11-25	**Género:** Hombre	**Edad:** 44	**Teléfono:** 3234569717	
Dirección:	CRA 28 SANTO DOMINGO SAVIO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Primaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Recomendaciones generales

CONTROL VISUAL ANUAL DE OPTOMETRIA

** SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU ENTIDAD SALUD. POR DEFECTO DE REFRACCIÓN NO CORREGIDO. NO INTERFIERE CON SU LABOR. ** SE RECOMIENDA USO DE LENTES PERMANENTES DURANTE LA LABOR.

* Conductas ocupacionales preventivas

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

471

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

VISUAL,AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

EDGAR ANTONIO ARANA SANDOVAL
CC : 1050782901

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S YN J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39190259

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id: 3616-1381164
Fecha: 2025-06-04 08:45:02

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 92028621, IVAN ALFREDO NAVARRO ANAYA				
Fecha de Nacimiento:	1967-10-08	**Género:** Hombre	**Edad:** 57	**Teléfono:** 3242904981	
Dirección:	CRA 32 N 31 47 LORETO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Exámenes complementarios

Visiometria	Anormal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-06-04
Audiometría	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-06-04
Colesterol total	Normal	2025-06-04
Triglicéridos	Normal	2025-06-04
Glicemia	Normal	2025-06-04

472

Hemograma	Normal	2025-06-04

*** Concepto**

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

ALTURAS - Trabajo en Alturas
Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

*** Detalle concepto ocupacional**

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR EN ALTURAS.

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

IVAN ALFREDO NAVARRO ANAYA
CC : 92028621

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id:	3616-1381164
Fecha:	2025-06-04 08:45:02

Datos Generales del Paciente

Paciente:	CC : 92028621, IVAN ALFREDO NAVARRO ANAYA				
Fecha de Nacimiento:	1967-10-08	**Género:** Hombre	**Edad:** 57	**Teléfono:** 3242904981	
Dirección:	CRA 32 N 31 47 LORETO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Recomendaciones generales

CONTROL VISUAL ANUAL DE OPTOMETRIA

** SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU ENTIDAD SALUD. POR DEFECTO DE REFRACCIÓN NO CORREGIDO. ** SE RECOMIENDA USO DE LENTES PERMANENTES DURANTE LA LABOR. ** SE RECOMIENDA DAR CONTINUIDAD A VALORACIONES POR PARTE DE MÉDICO TRATANTE TENIENDO EN CUENTA PATOLOGÍA CRONICA DE BASE.NO INTERFIERE CON SU LABOR. ** SE RECOMIENDA REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES, PREVIO A DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

* Conductas ocupacionales preventivas

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

IVAN ALFREDO NAVARRO ANAYA
CC : 92028621

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S Y J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39190259

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id: 3666-1401361
Fecha: 2025-06-10 07:54:50

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 1001671438, FAYMAR CARDONA PADILLA				
Fecha de Nacimiento:	2002-11-07	**Género:** Hombre	**Edad:** 22	**Teléfono:** 3205868773	
Dirección:	CRA 104 C N 61 B 82 ROBLEDO SANTA MARGARITA			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Tecnologica
Ocupación:	RESIDENTE SST				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Exámenes complementarios

Visiometria	Normal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-06-10
Audiometria	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-06-10
Colesterol total	Normal	2025-06-10
Triglicéridos	Normal	2025-06-10
Glicemia	Normal	2025-06-10

Hemograma	Normal	2025-06-10

*** Concepto**

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

ALTURAS - Trabajo en Alturas
Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

*** Detalle concepto ocupacional**

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR EN ALTURAS.

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

FAYMAR CARDONA PADILLA
CC : 1001671438

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id:	3666-1401361
Fecha:	2025-06-10 07:54:50

Datos Generales del Paciente

Paciente:	CC : 1001671438, FAYMAR CARDONA PADILLA				
Fecha de Nacimiento:	2002-11-07	**Género:** Hombre	**Edad:** 22	**Teléfono:** 3205868773	
Dirección:	CRA 104 C N 61 B 82 ROBLEDO SANTA MARGARITA			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Tecnologica
Ocupación:	RESIDENTE SST				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* **Recomendaciones generales**

NINGUNA

* **Conductas ocupacionales preventivas**

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

475

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD
EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

FAYMAR CARDONA PADILLA
CC : 1001671438

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S YN J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39.190.259

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S
Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Antioquia
Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	346701	**Documento:**	1133775823
Nombre:	LUIS EDUARDO VELASQUEZ	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2006-11-05	**Edad (años):**	18
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-06-13 07:34 am	**Fecha impresión:**	2025-06-13 02:52 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Soltero	**Hijos:**	0
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	NO REFIERE NOMENCLATURA	**Barrio:**	CAICEDO VILLATINA
Celular:	3127079839	**Teléfono:**	3127079839
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SALUD TOTAL
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	NINGUNA	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	NINGUNA
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Leidy Carolina Perez Velez
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1020465339

CamScanner

L&S
Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Antioquia
Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

-CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, CARGUE, DESCARGUE Y AGARRE CON MECÁNICA CORPORAL ADECUADA SEGÚN LAS TAREAS A EJECUTAR, EN EL REPORTE TEMPRANO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO, Y PREVENCIÓN Y RESPUESTA A ESTOS.
-SI LABORA EXPUESTO A MATERIAL PARTICULADO, QUÍMICOS, GASES, HUMOS O VAPORES, SE RECOMIENDA ESPIROMETRÍA. SI LABORA EXPUESTO A RUIDO, SE RECOMIENDA AUDIOMETRÍA. SI LABORA EN ALTURAS, PILAS O ESPACIOS CONFINADOS, DEBE REALIZARSE LOS EXÁMENES Y EL CURSO DE PROTOCOLO.
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

CamScanner

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S
Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

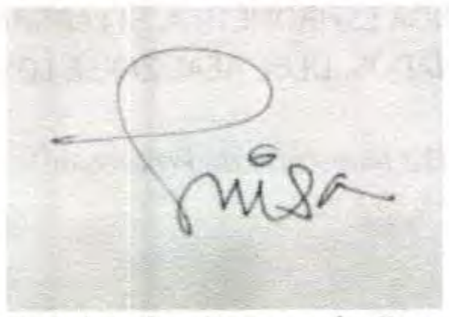
Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Antioquia
Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado



Dr(a) Luisa Fernanda Ramirez Granada
Registro: 5106609
Licencia Salud Ocupacional: 2025060000364
Medico Seguridad y Salud en el Trabajo
Cédula de Ciudadanía : 42827443

LUIS EDUARDO VELASQUEZ
Cédula de Ciudadanía : 1133775823

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

CamScanner

477

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id:	3643-1386964
Fecha:	2025-06-06 08:21:04

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 98638285, CARLOS MARIO RENDON FORONDA				
Fecha de Nacimiento:	1979-03-27	**Género:** Hombre	**Edad:** 46	**Teléfono:** 3128997627	
Dirección:	CALLE 77 C N 92 75 AURES			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Tecnologica
Ocupación:	ENCARGADO DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Exámenes complementarios

Visiometria	Anormal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-06-06
Audiometria	Normal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-06-06

* Concepto

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular

Sin patología osteomuscular aparente

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

CARLOS MARIO RENDON FORONDA
CC : 98638285

478

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id:	3643-1386964
Fecha:	2025-06-06 08:21:04

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 98638285, CARLOS MARIO RENDON FORONDA				
Fecha de Nacimiento:	1979-03-27	**Género:** Hombre	**Edad:** 46	**Teléfono:** 3128997627	
Dirección:	CALLE 77 C N 92 75 AURES			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Tecnologica
Ocupación:	ENCARGADO DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :**	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Recomendaciones generales

CONTROL VISUAL ANUAL DE OPTOMETRIA

** SE RECOMIENDA DAR CONTINUIDAD A VALORACIONES POR PARTE DE MÉDICO TRATANTE TENIENDO EN CUENTA PATOLOGÍA CRONICA DE BASE.NO INTERFIERE CON SU LABOR. ** SE RECOMIENDA USO DE LENTES PERMANENTES DURANTE LA LABOR.

* Conductas ocupacionales preventivas

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO
ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

CARLOS MARIO RENDON FORONDA
CC : 98638285

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S YN J SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39.190.259

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 6278978-419026

Fecha y Lugar: 9/06/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
J.A.J. CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 900780931
Empresa en Misión: -

Dirección: CR 28 59 B 59
Teléfono: 2840056 - 3117898000
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** jajconstrucciones@gmail.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: DANIEL FERNANDO TOVAR ARAMBULE
Género: MASCULINO **Edad:** 35
Fecha y Lugar de Nacimiento: 1/04/1990
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CLL 53 N 35-50 MEDELLIN
ARL: POSITIVA

Identificación: 6278978
Teléfono: 3125762714
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: NO REPORTA

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REALIZAR VALORACION POR OPTOMETRIA - POR HALLAZGOS ANORMALES EN OPTOMETRIA TAMIZ.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL — SEGUIMIENTO AGUDEZA VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Victor Manuel De la Rosa Isaza
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
FUMB Cc. 71739768 LIC. 2022060004164

Medico Especialista en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
DANIEL FERNANDO TOVAR ARAMBULE
6278978

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 10953721-418259

Fecha y Lugar: 31/05/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
J.A.J. CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 900780931
Empresa en Misión: -

Dirección: CR 28 59 B 59
Teléfono: 2840056 - 3117898000
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** jajconstrucciones@gmail.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JULIO CESAR HERRERA PEREZ
Género: MASCULINO **Edad:** 40
Fecha y Lugar de Nacimiento: 3/08/1984 PLANETA RICA
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 21 53 112 MEDELLIN
ARL: POSITIVA

Identificación: 10953721
Teléfono: 3045531950
Cargo: OFICIAL
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PORVENIR S.A.

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

EVITAR EL USO DE AUDIFONOS A ALTO VOLUMEN O POR PERIODOS SUPERIORES A UNA HORA. PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DERIVADAS DE SU CARGO EVITANDO LAS QUE IMPLIQUEN MANIPULAR O MEZCLAR SUSTANCIAS QUIMICAS Y ACTIVIDADES EN ELECTRÓNICA O ELECTRICIDAD. TENGA PRESENTE EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES Y ESPACIOS EN LOS QUE ESTÉ INDICADO O CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO.
PROCURE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA (BAJA EN GRASAS SATURADAS Y CARBOHIDRATOS REFINADOS).
RECUERDE QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 150 MINUTOS A LA SEMANA, REALICE LA ACTIVIDAD QUE CONTRIBUYA MÁS A SU FELICIDAD, YA QUE EL EJERCICIO NO SOLO SIRVE PARA TENER MÚSCULOS, ARTICULACIONES Y CORAZÓN SANOS, SINO QUE TAMBIÉN TIENE UN IMPORTANTE EFECTO EN LA SALUD MENTAL.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

JFranco

Dr. Juan Esteban Franco Mejía
Médico esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
CC: 71753069 Registro: 5041900
Licencia: 2021060080949

Medico Especialista en Salud Laboral
JUAN ESTEBAN FRANCO MEJIA
2021060080949

Firma y cédula del Paciente
JULIO CESAR HERRERA PEREZ
10953721

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 70162304-419511

Fecha y Lugar: 13/06/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
J.A.J. CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 900780931
Empresa en Misión: -

Dirección: CR 28 59 B 59
Teléfono: 2840056 - 3117898000
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** jajconstrucciones@gmail.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JAIRO DE JESUS HINCAPIE VALENCIA
Género: MASCULINO **Edad:** 60
Fecha y Lugar de Nacimiento: 9/08/1964 SAN CARLOS
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 49 101-82 MEDELLIN
ARL: POSITIVA

Identificación: 70162304
Teléfono: 3127354083
Cargo: OFICIAL
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: COLPENSIONES

Rh: RH O-
Móvil: 3145884604

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
JAIRO DE JESUS HINCAPIE VALENCIA
70162304

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1013342488-419131

Fecha y Lugar: 10/06/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
J.A.J. CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 900780931
Empresa en Misión: -

Dirección: CR 28 59 B 59
Teléfono: 2840056 - 3117898000
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** jajconstrucciones@gmail.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: MIGUEL ANGEL MORENO OSORIO
Género: MASCULINO **Edad:** 18
Fecha y Lugar de Nacimiento: 5/04/2007 MEDELLIN
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: MEDELLIN MEDELLIN
ARL: POSITIVA

Identificación: 1013342488
Teléfono: 3203368443
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: NO REPORTA

Rh: RH O-
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE *** REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL ** **

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
MIGUEL ANGEL MORENO OSORIO
1013342488

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1077461816-419037

Fecha y Lugar: 9/06/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
J.A.J. CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 900780931
Empresa en Misión: -

Dirección: CR 28 59 B 59
Teléfono: 2840056 - 3117898000
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** jajconstrucciones@gmail.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JUAN CAMILO MARTINEZ RENTERIA
Género: MASCULINO **Edad:** 19
Fecha y Lugar de Nacimiento: 27/07/2005 QUIBDO
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: ANDALUCIA BELLO
ARL: POSITIVA

Identificación: 1077461816
Teléfono: 3242709845
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: NO REPORTA
AFP: NO REPORTA

Rh: RH
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

POR SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJADOR DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ** REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO IMPLIQUEN SUBIR Y BAJAR ESCALERAS REPETITIVAMENTE ** REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL CON ENFASIS EN MIEMBROS INFERIORES ** HABITOS DE VIDA SALUDABLE ** ** *** USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR -

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de

programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
JUAN CAMILO MARTINEZ RENTERIA
1077461816

Ingreso Vital S.A.S
Su aliado en la mejor selección
Nit. 900.960.987-7

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 23/05/2025

Información paciente

Empresa: CONSTRUCCIONES CIVILES M&M S.AS
Nombre completo: JUAN FELIPE VARELA VELASQUEZ
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Ayudante
Edad: 21
Estado civil: Soltero
Teléfono: 3018739858
Nº hijos: 0
EPS: Savia Salud

Empresa en misión: CONSTRUCCIONES CIVILES M&M S.AS
Identificación: CC: 1038799795
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 31/03/2004
Genero: Masculino
Escolaridad: Básica secundaria
Dirección: Antioquia, Medellín, Villatina
ARL: No refiere
AFP: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- **Audiometría.**
- **Examen medico ocupacional .**
- **Visiometría.**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

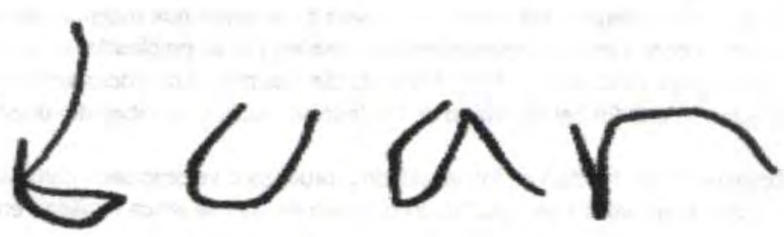
examen médico con énfasis osteomuscular, columna, neurológico y sistema cardiovascular, tiene la capacidad para realizar sus actividades. No se evidencian, tanto en el examen físico como en el interrogatorio, ningún limitante para el oficio.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.



HIULBER ANTONIO LEAL NARVAEZ
Profesión: Médico especialista en salud ocupacional
Registro: 05-0373-02 DSSA RES. SST 5040 GOB. DEL ATLANTICO



Aspirante o trabajador
JUAN FELIPE VARELA VELASQUEZ
Identificación: CC: 1038799795

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARTE DEL PATRIMONIO DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 10/06/2025

Certificado de aptitud: 1017266640-1844860

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	10 jun. 2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FRANCISCO JAVI HURTADO PINEDA	**Identificación:**	1017266640
Género	MASCULINO **Edad:** 26	**Teléfono**	**Móvil:** 3043062015
Fecha	31/01/1999	**Cargo:**	AYUDANTE EN CONSTRUCCCION
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CRA 36 A 78 D 70	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	MARIDO EN CASA S.A.S.	**AREA: No Reporta**	
		Peso: 63 Talla: 172 IMC: 21.3	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	
OPTOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		* PAUSAS ACTIVAS ACORDE AL PROGRAMA DE PREVENCION EMPRESARIAL
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la *empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la* resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son veridicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

Médico Especialista en Salud Laboral
ZAIRA CLARETH GOMEZ GRANADOS
LUC. S2018060363265 RG- 08-155

Francisco Hurtado

Firma y cédula del Paciente
FRANCISCO JAVI HURTADO PINEDA
Identificación: 1017266640

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
CONSTRUCTORA SYJ SAS			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
901744373	CR 65 119 A 02		Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
MONSALVE GIRALDO JESUS ALBERTO	CC 71731348	53 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
LA ESTRELLA	Medellin	CASADO
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3003288511	VILLA TINA	3003288511
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
NOTIENE@GMAIL.COM	PRIMARIA	A +

IMC	Hijos	EPS
29.4	4	SALUD TOTAL SA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	DOSIS UNICA	1° JANSSEN 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA CIVIL	2025-03-19	06:23:01	07:41:54	07:51:00

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PREINGRESO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
MEDICAS PERSONALES
Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo. Alimentación balanceada.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
Utilizar gafas y/o lentes para actividades que requieran lectura o actividades de visión cercana. Actualizar anualmente la fórmula.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** A, D, E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

Jesus A Monsalve
71731348

Firma:
Nombre: GALLEGO ZAPATA MARTHA ELENA
R.M. / TP: 5-2812-06 L.S.O.2022060333973/2032

Firma:
Nombre: JESUS ALBERTO MONSALVE GIRALDO
Documento: 71731348

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
CONSTRUCTORA SYJ SAS			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
901744373	CR 65 119 A 02		Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
GANDIA HOYOS SERGIO DAVID	CC 1066731926	35 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
PLANETA RICA	Medellin	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3105392493	BARRIO MORAVIA	3105392493
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
NOTIENE@GMAIL.COM	PRIMARIA	O +

IMC	Hijos	EPS
24.22	3	SALUD TOTAL SA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° ASTRAZENECA 2° ASTRAZENECA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
OFICIAL DE ALMACEN	2025-05-05	06:01:44	10:07:36	11:23:29

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PREINGRESO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: APTO.	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EVALUACION MEDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS PROMOCION: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL PROMOCION: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PROMOCION: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA PROMOCION) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO PROMOCION) SE REALIZA
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PROMOCION)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL PROMOCION)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Cumplir con los procedimientos para el trabajo seguro. Avisar a supervisor o superior si sus condiciones de salud se han modificado y presenta alguna limitación o restricción para realizar labores. Garantizar a través de permisos las labores que se desarrollen, Utilizar medidas de prevención y protección contra caídas, Disponer de personal calificado, Implementar programas de capacitación y entrenamiento para los trabajadores. Cumplir con los procedimientos definidos para desarrollar su trabajo. Informar oportunamente de los peligros identificados en el trabajo. Participar en las actividades que se desarrollen en el sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo. Desplácese en forma segura por las escalas, pisos irregulares y por las vías públicas. Cumplir con la normatividad de manejo o manipulación de cargas (hombre o mujer). Usar adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura suministrados por el empleador, Utilizar protección respiratoria adecuada en ambientes con material particulado, Utilizar protección auditiva en áreas por encima de 80 Db.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades de origen "mental, físicas u otras que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea)", que va a estar expuesto a trabajo en alturas. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

7056/18
CESAR AUGUSTO TAMAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 70566128 RM.
LIC. S.O. 16171-09

Sergio Gandia 1066731926

Firma:
Nombre: TAMAYO JARAMILLO CESAR AUGUSTO
R.M. / TP: 2019060049715 L.S.O. 16171

Firma:
Nombre: SERGIO DAVID GANDIA HOYOS
Documento: 1066731926

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

DRA. LUISA FERNANDA PARRA OSSA MD Esp. Salud Ocupacional **DISTINTIVO DE HABILITACIÓN:** DHSS0551088	**CERTIFICADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

1.IDENTIFICACIÓN

Fecha del examen:	**27-11-2024**					
Nombre completo					Identificación	
JORGE ELIAS URIBE HURTADO					70434014	
Empresa			Cargo		Área / Sector económico	
ARGEON S.A.S			OFICIAL DE CONSTRUCCION		CONSTRUCCION	
Lugar y fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	EPS	AFP	ARL
FRONTINO, ANT 12/10/1974	50	MASC	UNION LIBRE	SURA	NO RELATA	COLPATRIA
Escolaridad/Oficio	Barrio / Vereda		Ciudad / Municipio		Teléfono o Celular	Centro
PRIMARIA	POPULAR #1		MEDELLIN, ANT		3222880184	IT

2. EVALUACIONES REALIZADAS

TIPO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
Evaluación Médica ocupacional	Normal
Evaluación Auditiva	Normal
Evaluación Visual	Normal
Evaluación Osteomuscular	Normal
Evaluación Metabólica	Normal

3. CONCEPTO: De acuerdo con el examen ocupacional realizado al trabajador se considera:

TIPO DE TAREA A DESARROLLAR	FAVORABLE	FAVORABLE CON RECOMENDACIONES	FAVORABLE CON RESTRICCIONES	APLAZADO
Para el cargo				
Para trabajos en alturas	X			
Para espacios confinados				

4. RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES: De acuerdo con el examen realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

RECOMENDACIONES: Valoración por Optometría anual.
RESTRICCIONES: NO

OBSERVACIONES:
1. Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar. 2. Usar los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada. 3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación, 4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma; y mantener las mismas recomendaciones definidas para su trabajo. 5. No sobrepasar el límite de pesos estipulados al levantar o transportar, utilización de ayudas mecánicas a necesidad. 6. Si labora a la intemperie (expuesto al sol), utilizar monogafas con filtro UV, bloqueador solar diariamente en cara y cuello, gorra antes de comenzar a laborar. 7. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas. 8. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la información verídica proporcionada en la evaluación médica.

DRA LUISA FERNANDA PARRA OSSA CC. 1.037.584.378 Reg Med. 055991-14 L.SO. 2021060130140 LUISA FDA PARRA O.	Elias Uribe
Nombre y firma de médico	Firma y cédula del evaluado

Cr 53 cl 34-05, Bello, Antioquía, Colombia
Cel: 3217767779- Email: luisap22@hotmail.com

Ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.607

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS BASICO

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

ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARTEAGA DAVID MANUEL DIMAS	MASCULINO	57 AÑOS 10 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	70432250 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	GLUCOSA	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO.	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ASISTE USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN OSTEMUSCULAR, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA TAMIZ, PRUEBAS LABERINTICAS, DE EQUILIBRIO Y DE VERTIGO Y GLUCOMETRIA PARA TRABAJO EN ALTURAS.
ASINTOMATICO, DESDE EL PUNTO DE VISTA RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL.
SIN COMORBILIDADES.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. EVALUACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
VALORACION AUDIOMETRICA AUDICIÓN EN PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL.
VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL NORMAL PARA VISION DE LEJOS Y DE CERCA.
GLUCOMETRIA NORMAL.
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL SATISFACTORIO SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO EN ALTURAS.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE.

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

Médico

Firma:

Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES

R. M.: 5224306 **L.S.O.:** 2020060125953

Código de Seguridad

N882T1Z34607

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARTEAGA DAVID MANUEL DIMAS

CC: 70432250

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
CONSORCIO VIAL VG VNF	CONSORCIO VIAL VG VNF

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.878.607				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	28/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.214.743.484	**EDAD**	26	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	JARAMILLO ALVAREZ JOHN ALEXANDER				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

OBSERVACIONES

- PRUEBAS ESTATICAS Y DINAMICAS SIN ALTERACIONES - SUMINISTRAR Y VERIFICAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NECESARIOS PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA- CHEQUEAR EL BUEN ESTADO DE EQUIPOS Y/O HERRAMIENTAS A UTILIZAR, ANTES DE INICIAR LAS TAREAS PROPIAS DE SU LABOR Y DE SER EL CASO, REPORTAR AL COORDINADOR EL DETERIORO O EL DAÑO- REALIZAR CAPACITACIÓN , ENTRENAMIENTO Y EXAMENES PERTINENTES ADECUADOS EN CASO DE REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS.- ANTES DE LIMPIAR, REPARAR, LUBRICAR O AJUSTAR UNA MÁQUINA, ASEGURARSE DE QUE ESTÉ COMPLETAMENTE DETENIDA/APAGADA- USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- VELAR POR LA SEGURIDAD PROPIA Y LA DE SUS COMPAÑEROS- ES NECESARIO QUE EL PUESTO DE TRABAJO TENGA ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN, ACORDE CON LAS EXIGENCIAS DEL OFICIO- UTILIZAR PROTECTORES AUDITIVOS EN AMBIENTES RUIDOSOS Y RESPIRATORIOS EN AMBIENTES CON MATERIAL PARTICULADOS Y DE GASES , CON LA PREVIA CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO ADECUADOS PARA EL USO DE LOS MISMOS- REALIZAR CAPACITACIÓN EN HIGIENE CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS (CARGUE/DESCARGUE/AGARRE), Y PARA REALIZAR LAS DEMÁS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. (POR EJEMPLO: SEPARAR Y DOBLAR RODILLAS PARA AGACHARSE, MANTENIENDO LA ESPALDA RECTA, CON LA CARGA PEGADA AL CUERPO Y LEVANTARSE LENTAMENTE, ENTRE OTRAS...)

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
CONSORCIO VIAL VG VNF	CONSORCIO VIAL VG VNF

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.878.607				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	28/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.214.743.484	**EDAD**	26	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	JARAMILLO ALVAREZ JOHN ALEXANDER				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

Autorización de datos personales

Yo, JARAMILLO ALVAREZ JOHN ALEXANDER, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.214.743.484, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud *ocupacional y medicina laboral.* 2. *Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en e* Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

CC. 1.214.743.484

Profesional

LUIS EDUARDO DE ORO SAUMETH LIC S.O. 20180600031134

Versión: 3.5

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

EMCO SOLUCIONES CIVILES S.A.S

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.883.151				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	04/06/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.022.096.384	**EDAD**	33	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	LOPEZ LOPEZ CAMILA JANETH				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	PROFESIONAL SOCIAL II		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR CAPACITACIONES - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

EMCO SOLUCIONES CIVILES S.A.S

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.883.151				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	04/06/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.022.096.384	**EDAD**	33	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	LOPEZ LOPEZ CAMILA JANETH				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	PROFESIONAL SOCIAL II		

Autorización de datos personales

Yo, LOPEZ LOPEZ CAMILA JANETH, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.022.096.384, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en e Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

En constancia, firmo:

CC. 1.022.096.384

Profesional

JUAN DIEGO VERA RODRÍGUEZ - LIC S. O. 2025060008213

I.P.S ADILAB
Medicina Laboral

ADILAB I.P.S
900.341.857-2
Carrera 43a # 34-95 PISO 10 TORRE NORTE
Cel. 3113120018 - E-mail. adilabmedicinalaboral@gmail.com
www.adilab.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 107.730

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S	**INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GIL CARDONA MIGUEL ANGEL	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS	CC	1001420964
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Teléfonos	Dirección
3185427878	**EL DIAMANTE**

CARGO	EPS	AFP	ARL
OPERARIO DE PRODUCCION	EPS SURA	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ESPIROMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	HACER DEPORTE
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.

Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la legislación vigente.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del *examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.*

Médico

Firma:

Nombre: FUENTES PIMIENTA JEANETH

R. M.: 2700724 L.S.O.: 60100192

Código de Seguridad

R1177X1D107730

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GIL CARDONA MIGUEL ANGEL

CC: 1001420964

I.P.S ADILAB
Medicina Laboral

ADILAB I.P.S
900.341.857-2
Carrera 43a # 34-95 PISO 10 TORRE NORTE
Cel. 3113120018 - E-mail. adilabmedicinalaboral@gmail.com
www.adilab.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 97.982

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S	INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GIRALDO GIRALDO WILMER DE JESUS	MASCULINO	40 AÑOS 8 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	70542730 (Número)

Teléfonos	Dirección
3243167824	ITAGUI AJIZAL

CARGO	EPS	AFP	ARL
OPERARIO DE EMSAMBLE	EPS SURA	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR SIN RESTRICCIÓN

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ESPIROMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	HACER DEPORTE
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.

Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la legislación vigente.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del *examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.*

Médico				Aspirante o Trabajador
Firma: Jeaneth Fuentes P				Firma: WILMER G
Nombre: FUENTES PIMIENTA JEANETH				Nombre: GIRALDO GIRALDO WILMER DE JESUS
R. M.: 2700724	L.S.O.: 60100192	Código de Seguridad O1177U1A97982		CC: 70542730

ANEXO H

COMPONENTE SST

3. Entrega y reposición elementos de protección personal

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: N/A

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Alexa A. con Cedula nº 1.214743484

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1: 03/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Alexa A.			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 03/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Alexa A.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Alexa A.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Alexa A.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a los 3 días del mes de junio del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: DIMP

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Julio Cesar Herrera P con Cedula nº 1095372...

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 04.06.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 04-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 04.06.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 04-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-06-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-06-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-06-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S.Y.J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jose oliberto Heno con Cedula nº 75453568

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma JOSE HENCO	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 N/A	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma N/A	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 080625	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma JOSE HENCO	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma JOSE HENCO	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma JOSE HENCO	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 08-06-25 / Firma: JOSE HENAO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 08-06-25 / Firma: JOSE HENAO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 08-06-25 / Firma: JOSE HENAO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 08 de 06 del 2025.

JOSE HENAO

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

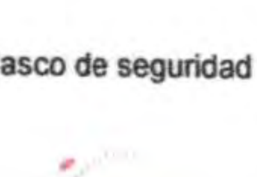
ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: SYJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jesus A Rozales con Cedula nº 77737348

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1: 03-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jesus R			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 08.06.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jesus R	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 080625	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jesus R	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 080625	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jesus R	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 02.06.25 / Firma: Jesus R	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 02.06.25 / Firma: Jesus R	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 020625 / Firma: Jesus R	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 08 de 06 del 2025.

Jesus A Rosario

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Syj S.A.S

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Manuel Oñate con Cedula nº 1005540860

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1: 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: N/A	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: N/A	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma N/A	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma N/A	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín a 08 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a) 1005640760

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: SyJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Iván Navarro con Cedula nº 92028621

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 08-6-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma Iván	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Iván	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Iván	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Iván	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Iván	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 08-06-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 08 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S Y S

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Carlos Rondon con Cedula nº 98638785

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 09-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 08-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 09-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 09-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

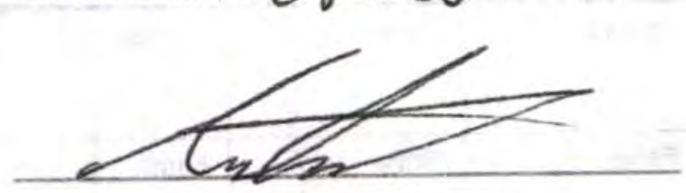
ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 05-06-25 Firma 	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 09-06-25 Firma 	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 09-06-25 Firma 	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

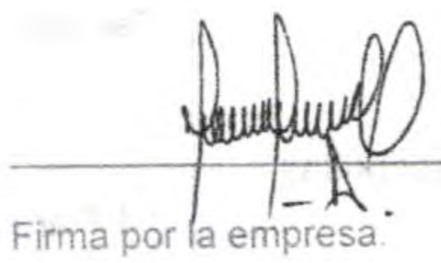
Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 09 de 06 del 2025.



Firma del Trabajador(a)



Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S x J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Neike Enrique Rojo con Cedula nº 1082948392

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO

Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción: Camisa	Cantidad: 1	Fecha 1: 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: Neike	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Neike	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Neike	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Neike	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 08/6/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 08 de 06 del 2025.

A. Neiker. R

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S Y J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Sergio david Gandica con Cedula nº 1066731926

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Sergio Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 / Firma /	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 08/06/25 Firma Sergio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 08/06/25 Firma Sergio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 08/06/25 Firma Sergio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 08/06/25 Firma Sergio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 08/06/25 Firma Sergio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 08/06/25 Firma Sergio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 08 de 06 del 2025.

X Sergio Gandia

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: SYJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Edgar Arcuria con Cedula nº 1050782901

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1: 08/06/2023	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Edgar	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 08/06/23	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Edgar	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 08/06/23	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Edgar	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 08/06/23	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Edgar	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 08/06/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 03/06/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 03 de 06 del 2025.

Edgar Arana

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

504

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: SYJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Wilver Mansalve con Cedula nº 1040753547

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma wilver	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma wilver	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma wilver	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma wilver	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma .Wilver	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma .Wilver	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 08/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma .Wilver	Firma	Firma	Firma
Amés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 08 de 06 del 2025.

* Wilver Mansalve G.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Matldo Ardila

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jaramillo Parra con Cedula n° 1.121.[illegible]910

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción: Camisa	Cantidad: 1	Fecha/Firma de quien recibe: Fecha 1: 12/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 12/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 12/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 12062025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 12062025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 12062025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 12 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: ARGeon

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Odonuel Arteaga con Cedula nº 70432250

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma eth	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma eth	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 12 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Argcon

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jorge elias Uribe Hurtado con Cedula nº 70 939014

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1: 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Elias U	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Elias U	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Elias U	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Elias U	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25 Firma: Eeios	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25 Firma:	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25 Firma:	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 12 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S 4J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Faymar Cardona con Cedula nº 1001671430

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma Faymar C.	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Faymarc	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Faymarc.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Faymarc	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25 Firma: Faymarc.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25 Firma: Faymarc	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 12/06/25 Firma: Faymarc	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, asi como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 12 de 06 del 2025.

Faymar C.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

509

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Francisco Javier Hurtado con Cedula nº 1017266640

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Francisco			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Francisco	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Francisco	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Francisco	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Francisco	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Francisco	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 12/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Francisco	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 12 de 06 del 2025.

Francisco

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jairo de Jesús Hincapie Valencia con Cedula nº 70.162.304

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 16/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma JAJ RO	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha	Fecha 2 16/06/2025	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma JAJ RO	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2 16/06/2025	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma JAJ RO	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1	Fecha 2 16/06/2025	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma JAJ RO	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 16/06/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 16/06/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 16/06/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 16 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) • Daniel Fernando Toral Arambula con Cedula nº• 19994386.

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 16/06/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 16 Junio 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 16 Junio 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 16 Junio 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 16 Jun 2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 16 Jun 2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 16 Jun 2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma /	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma /	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 16 de 06 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

512

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) camilo martinez con Cedula nº 1077461816

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	camilo martinez			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma camilo martinez	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma camilo martinez	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma camilo martinez	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/06/25 Firma: camilo martinez	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/06/25 Firma: camilo martinez	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: Globles Firma: camilo martinez	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 16 de 06 del 2025.

camilo martinez

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Excapi

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Luis Eduardo Galvan con Cedula nº 1133775823

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Luis galvan Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Luis galvan	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Luis galvan	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Luis galvan	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/06/25 Firma: Luis galvan	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/06/25 Firma: Luis galvan	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 16/06/25 Firma: Luis galvan	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, asi como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a 16 de 06 del 2025.

Luis galvan

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

514

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAT

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Miguel Ansel Moreno O. con Cedula nº 1013392488

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Miguel			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Miguel	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Miguel	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Miguel	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Miguel	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Miguel	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 16/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Miguel	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 16 de 06 del 2025.

Miguel

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: T + C

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Manuel Pinto con Cedula nº 77 [illegible]

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1 20/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 20.6.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 20.6.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 20.6.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 20.6.25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 20.6.25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 20 6-25 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 20 de OC del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Inmuer

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Camilo Lopera con Cedula nº 1152699780

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO

Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción: Camisa	Cantidad: 1	Fecha/Firma de quien recibe Fecha 1: 20/06/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Juan Camilo Lopara Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: /	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: /	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 20-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Juan Camilo	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 20-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Juan camilo	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 20-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Juan camilo	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 20-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Juan Camilo	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 20-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Juan Camilo	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 20-06-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Juan Camilo	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 20 de 06 del 2025.

* Juan Camilo Lopera Pino.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	Excopi
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Bostón

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
03-06-25	Feiner Rodriguez		✓					✓																					Feiner
04-06-25	Jhon Faly Asprilla		✓					✓																					ASPRILLA
06-06-25	Yeison Jhorjuer		✓					✓																					Yeison J
04-06-25	Feiner reyes			✓																								✓	Feiner
04-06-25	Arnobis Prosca		✓					✓																					
04-06-25	Diego Rueda		✓					✓																				✓	
12-06-25	Alvaro mahecha		✓										✓																Alvaro M
12-06-25	Diego Rueda		✓										✓																
12-06-25	Jose Bello		✓										✓																Jose M. Bello
12-06-25	Elkin Arenas		✓										✓																Elkin
12-06-25	Jhon Faly Asprilla		✓										✓																ASPRILLA
12-06-25	Jhonatan meneses		✓										✓																Jhonatan m
12-06-25	Jhon Alejandro h.		✓										✓																John Hurtado
17-06-25	Leydi Vega		✓					✓																					

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	DMP
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Boston

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Línea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
04-06-2025	Jorge Luis Fernandez							✓																					Jorge Luis F
04-06-202	Jose antonio arizo												✓																Jose Antonio Ariza
04-06-2025	Jhonys del Rio							✓					✓															✓	Jhonnys del Rio
13-06-2025	Jhonys del Rio	✓											✓																Jhonnys del Rio
13-06-2025	Julio Herrera			✓									✓																
13-06-2025	Sergio Gomez	✓											✓																Sergio Gomez
13-06-2025	Alexander	✓																										✓	Alex
16-06-25	Yoncarlos cordoba		✓					✓																					Yon carlos
17-06-25	Jorge luis																											✓	Jorge
18-06-25	Julio Herrera			✓				✓																					
23.06.25	Jhon Sanz Huncahe							✓✓																					Jhon Sanz Huncahe
26-06-25	Alexander pacheco		✓																									✓	Alexander
26.06.25	Sergio Cardia	✓																										✓	Sergio G.

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	CV. VG-VNF.
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Poblado, Florida.

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
07/06/25	Juan David Hurtado.		✓										✓															✓	
07/06/25	Argiro Miranda.		✓										✓															✓	
07/06/25	Julio Hurtado.		✓						✓																				
07/06/25	Odel Villalba		✓										✓															✓	
07/06/25	Reginaldo		✓										✓															✓	
07/06/25	Emilio Herrera.		✓										✓															✓	
07/06/25	Javier Posada.		✓					✓					✓																
07/06/25	Ricardo Gomez.		✓					✓																				✓	
07/06/25	Yomer Palacio.		✓					✓																				✓	
07/06/25	Pablo Vasco.		✓					✓																					
07/06/25	Deny Obando.		✓																									✓	
07/06/25	Gabriel Vasco.		✓																										
07/06/25	Mauricio Obando.		✓					✓					✓																
07/06/25	Pedro Obando.		✓					✓																					

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	EMPRESA:	DMP	Consorcio Vial VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	FRENTE DE OBRA:	Boston Encino.	

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
30-04-25	Juan alejandro Blandon		✓					✓																					Juan Alejandro.
30-04-25	Juan carlo loaiza		✓					✓																					Juan Carlos L
30-04-2025	Sergio Gomez		✓					✓																					Sergio Gómez
30-04-2025	Juan Pablo		✓					✓																					Juan pablo
30-04-2025	Daniel Perea	✓						✓																					Daniel Perea
30-04-2025	Salvador Diaz	✓						✓																					Salvador Diaz
27-05-25	melina Rivas		✓					✓																					.Melina Rivas
30-05-25	Alexander		✓					✓																					Alexander
30-05-25	Diego Arnolo.		✓					✓																					Diego Arnolo
05-06-25	Gildardo Mansalvel		✓					✓																					
09-06-25	jose Antonio		✓												✓														Jose Antonio
09-06-25	jhon Blandon		✓												✓														Jhon Blandon
19.06.25	Gustavo		✓					✓																					Gustavo

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	Moviles en Casa (MEC)	**Consorcio Vial VG-VNF**
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Las Lomas, Poblado (Medellin)	

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Línea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
19.05.25	Eduar Mejia		✓					✓																					Eduar
23.05.25	Juan Sebastian Ramos		✓												✓														JSR
23.05.25	Alex Ramirez.		✓					✓																					Alex Ramirez
23.05.25	Luis Alberto Rodriguez		✓												✓													✓	Luis
23.05.25	Jose Miguel Mosquera		✓										✓		✓														J
23.05.25	Louis Vargas Gonzalez		✓												✓														Louis VargasG
23.05.25	Jorge Ivan G		✓												✓														JorgeG
05.06.25	Luis Alberto Rodriguez		✓						✓																				Luis
05.06.25	Alexander Ramirez Cardona	✓							✓																				Alex Ramirez
05.06.25	Juan Sebastian Ramos		✓						✓																				JSR
09.06.25	Nestor Serrano Rodriguez		✓					✓																					Nestor
09.06.25	Marlon Alexander Agudelo		✓					✓																					Marlon A
09.06.25	Edil fabian Diaz florez		✓																									✓	fabian Diaz F
17.06.25	Luis Alfonso Macias	-	-	-									✓																

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	Const. Civ. M&M	**Consorcio Vial VG-VNF**
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	Las Lomas Poblado (Medellin)	

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
23.05.25	Jose Eudalio Mosquera M.	—	—	—										✓															Jose M
13.06.25	Juan David Perea Mosquera		✓																										Juan

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

ANEXO H

COMPONENTE SST

4. Charlas de seguridad

CONSORCIO VIAL VG-VNF

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA:	03-06-2025	LUGAR:	El Pobldo. Florida.

TEMA(S): Trabajar en estado de embriaguez.

INSTRUCTOR: Ana María Toro **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David H	Oficial	98708340	Argeon	
2	Alviro Miranda	oficial	78751911	Argeon	Alviro Miranda
3	ODER VILLALVA	AYUDANTE	73228547	ARGEON	ODER
4	Alejandro A Fl Fu	operario	71945047	Aldecco	
5	HERNAN CARVAJAL	AUX TERR	71747487	VG-VNF	HERNAN
6	Cristian Gonzalez	AYUDANTE	1003	ARGEON	
7	Andres Villa	Ayudante	1006893452	ARGEON	Andres
8	Fabian Osorio	Ayudante	1038823329	Argeon	Fabian
9	Luis Javier Cuesta	operador	4004026651	amaramaq	
10	Domingo Moreno	AUXiliar. cas	1077437514	ARGEON	Domingo
11	Yeferson Acosta perez	Ayudante	1152218134	ARGEON	
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA:	03-06-2025.	LUGAR:	El Poblado. Florida

TEMA(S): Trabajar en estado de embriaguez

INSTRUCTOR: Ana María Toro **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alexi Villalba	Ayudante	1057826490	ARGEON	Alexi
2	Yonier DAVID Palacios M.	AYU	1022420603	ARGEON	DAVID
3	Yeferson Acosta perez	Ayudante.	1152218134	ARGEON	
4	Oder Smith Villalba B.	Ayudante	1051816014	ARGEON	
5	Emilio HERRERA	Ayudante	1123741825	ARGEON	
6	Javier Pooris Pantoja	oficial	1068812017	Argeon	
7	Reginaldo Diaz	oficial	15049347	ARGEON	Reginaldo
8	Jhon Echeverry	Aux Vial	1078477273	Consorcio	
9	DUVAN DARIO CHAVEZ	EMPLEADO	1006541738	ARGEON	DUVAN
10	Melba albañil	AYU	1947645C1	ARGEON	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

FIRMA DEL INSTRUCTOR

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	03/06/2025.	LUGAR	El Poblado. Florida.

TEMA(S): Trabajar en estado de embriaguez

INSTRUCTOR: Ana María Torres **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Deyd Dario Obando M.	Ayte.	1152440107.	ARPE.	
2	Leonel obando	Ofi	71734644	ARPE	
3	Mauricio obando	Ofi	98611068	Arpe	
4	Pablo Antonio Vasco	Ayudante	1006787.420	ARPE	Pablo Vasco
5	Gabriel de jesus Vasco	Ayudante	94.083A.113	ARPE	Gabriel Vasco
6	[illegible]	Dir	C. 755444	ARPE	
7	Dairo rodrigues	Ayu	1002492279	ARPE	
8	Martin Monsalve.	Ay.	8471493	ARPE	
9	Stefany Heroo O.	Aux Ing	1006204230	Consorcio	
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista MEC

FECHA	03 Junio 2025	LUGAR	Las Lomas Poblado

TEMA(S): Uso Correcto de elementos de Protección Personal

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jesus Garcia S	Cargado	3672688	MEC	
2	Nivithan Ramirez	operador	94145686	EQVG	
3	Yerson main	Auxiliar	1036681352	Excel	
4	Luis Alfredo Bolivar	Ayudante	1066578711	MEC	
5	Alex Ramirez	A - E	15077263	MEC	Alex Ramirez
6	Honorio Padilla Luna	Auxiliar	4357607		
7	Jose miguel mosquera	Ayudante	1027946110	MEC	Jose mosquera
8	Luis A Rodriguez G	OF	1039241243	MEC	
9	Edwin Mena		98554771	MEC	
10	Jonny ochoa	AX	71766975	MEC	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Se resalta la importancia de dar uso correcto, adecuado a los EPP, los cuales tienen la finalidad de proteger diferentes partes del cuerpo con la finalidad de evitar el contacto directo que puedan conllevar a lesion o informalidad

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA:	03 - 06 - 2025	LUGAR:	Bombona 2

TEMA(S): TRABAJO en Equipo

INSTRUCTOR: Luis F Orrego D **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Gleonen Diaz	Encargado	1003343366	Emco	Diaz
2	Davison Valle G.	Auxiliar	1001363044	Emco	Davison
3	UrielDeJesus	OF	1037598908	EMCO	Uriel
4	Jhon Alexander JA	Ayudante	1-2147438A	Emco	Alex A
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

Contratista M&M

FECHA	03 Mayo 2025	LUGAR	Las Lomas Poblado

TEMA(S): Uso Correcto de elementos de Protección Personal

INSTRUCTOR: Fabian Diaz F - Insp. SST **TIEMPO (MINUTOS):** 10 Min

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Hojicar Chaverra	en cargado	1C780155	M y M	
2	Jose Alvarado	Oficial	15033354	M M	
3	Jorge David	A y T	1077443170	M y M	
4	Alexander Castro	Oficial	11172276	M y M	
5	Andres Vega Mendoza	Ayudante	1067870M6	M y M	Andres M.
6	Jose m m	A y T	1007067472	m y m	
7	Yhande m m	A y T	1128444785	m y m	
8	Julian Ocampo	A y	1000644567	M y M	
9	Santiago Bran	A y	71190749	My	
10	Jennifer Cardenas	Rec. Aux	1070516336	Vg-Vnf	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

- Resaltar la importancia de dar uso Correcto, adecuado de los EPP los Cuales tienen la finalidad de Proteger diferentes Partes del Cuerpo los Cuales evitan el Contacto directo que Puedan Conllevar lesion u enfermedad

Fabian Diaz F
FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	03-06-2025	LUGAR	Bosfan

TEMA(S): Demarcación de Area de trabajo.

INSTRUCTOR: Juan Esteban Hernandez **TIEMPO (MINUTOS):** 45 minutos

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alexander Hernandez	conductor	7176903	EXCAPI	Alexander
2	Juan Diego Alumiva	AY	1.000.538.732	Excapi	
3	[illegible]	OF	1178452880	EXCAPI	
4	ELKIN ARCOS	OFICIAL	98762514	EXCAPIS	
5	José Manuel Bello	AY	9.042817	excapis	José M.D.L
6	Leonardo Rueda David	Oficial	77484149	EXCAPIS	Leonardo
7	[illegible]	of	1017192780	Excapi	
8	Jhonatan meneses	AY	1214742760	Excapi	Jhoto
9	[illegible] DAVID	AY	1015 492 795	EXCAPI	
10	YEISON RESTREPO	AY	8128555	EXCAPI	YEISON
11	~~[illegible]~~ ARNOLD Pinto	AY	1104404521	EXCAPI	
12	Alvaro Machacho	Ayda	1012965 65	EXCAPI	ALVARO
13	JHON ASPRILLA	OF	8.363.336	EXCA	ASPRILLA
14	FREYDELL .O. Palacios	AY	1030440733	EXCAPI	FREYDELL
15					

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16	Sandra Vaga	Aut vial	1017154532	Vg - VNF	Sandra
17	Leidy Vaga	Aut vial	1017208034	Vg - VNF	
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
Garantizar Areas de trabajo seguras y en condiciones Aptas para trabajar	Juan Esteban h **FIRMA DEL INSTRUCTOR**

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	03-06-2025	LUGAR	Boston ercso.

TEMA(S): Orden y Aseo Area de trabajo.

INSTRUCTOR: Andres Mosquera **TIEMPO (MINUTOS):** 10mts

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Alberto Arpte	Ayd	8011083	DMP	
2	GUSTAVO ADOLFO	DX	7174117	DMP	
3	LUIS ALFREDO	MIP		LUIS	
4	Eduardo Gonsalez	Of. C.	1016709	DMP	
5	Jhon Alexander Vargas	A.E	1020449004	DMP	
6	Yonis Ruiz Bilbao	AE	12600	DMP	
7	Diomara Marte	Aux	1007243789	DMP	
8	CARLOS LOPEZ	AR	70509582	DMP	CARLOS LOPEZ
9	Sergio Gómez	OF	70471523	DMP	Sergio Gómez
10	Juan manuel Yepes R	AY	1000145297	Dmp	
11	Pablo Cuello Guerra	AY	78778341	DMP	
12	Oscar pablo Ibañez	AE	1006053299	Dmp	
13	HECTOR AGUILAR C	AX	15340788	DMP	HECTOR
14	Daniela ariola mendoza	AY	1143410516	Dmp	
15	Dantin cuicedo V.	AY	1076382778	Dmp	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16	Yan Carlos Cordoba U	AY	1078777425	Dmp	
17	Davinson Barrios C.	A y D	1045230897	DMP	
18	Jose Antonio Ariza	AY	1043648832	DMP	Jose A
19	Jhonnys del Rio premth.	AY	1045230949	DMP	Jhonnys
20	Melino Rivas Mosquera	AY	1038810114	DMP	melino
21	Kelly Garcia	AY	1078052356	DMP	
22	Juan Alejandro Blandón	AY	1001417658	DMP	Alejo
23	Jose V H	AY	93289316	DMP	
24	Dori Perea alvarez	AX	1147237247	DMP	Dori Perea
25	Jorge Luis F	OFICIAL	5983126	DMP	
26					
27					
28		AY	7108185	DMP	
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
	Andrea Mosquera B. **FIRMA DEL INSTRUCTOR**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	03-06-2025	LUGAR	Bosque Encino

TEMA(S): Orden y Aseo area de trabajo.

INSTRUCTOR: Fabiana Vanegas **TIEMPO (MINUTOS):** 10mt

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Roberto Antonio ochoa	oficial	05.537.709	DMP	Roberto
2	JOSE VICENTE V	AY	7174220	DMP	Jose
3	JHON AUDREY BALDAO H	Ay entubado	1036666666	DMP	Jhon Baldao
4	YULIA cabezas pala	AY	1193596711	DMP	YULIA
5	DUVERNEY MURILLO P	encargado	700770568	DMP	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	Tatiana Vanegas.
	FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA:	04/06/2025	LUGAR:	El Poblado. Florida.

TEMA(S): Importancia de la inspección preoperacional.

INSTRUCTOR: Ana María Toro **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	ODER VILLALVA	AYUDANTE	73228547	ARGEON	ODER
2	Juan David H	oficial	98708340	ARGEON	
3	Jairo Hurtimes	oficial	78295141	ARGEON	Jairo
4	Algiro Miranda	oficial	78751911	ARGEON	Algiro miranda
5	Argénde Art Flores	operario	71945047	ARGEON	Argénde Fl
6	Cristian Gonzalez	Ayudante	1003001306	ARGEON	Cristiano.
7	Andres Villa	Ayudante	1006893452	ARGEON	Andres
8	Domingo Moreno	Auxiliar	1077487584	ARGEON	Domingo
9	Fabian Osorio	Auxiliar	1038873	Argeon	fabian
10	HERNAN CARVAJAL	AUXTRAN	71742482	VG-VNF	HERNAN
11	Juan Echeverry	Aux vial	1152747225	consorcio	Juan E
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA:	04/06/2025.	LUGAR:	El Poblado. Florida.

TEMA(S): Importancia de la inspección precoperacional.

INSTRUCTOR: Ana María Tapias **TIEMPO (MINUTOS):** 15"

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Melba albañil	Ayu	19785561	Argeon	
2	Alexi villalba.	Ayudante	1051826990	Argeon	
3	Yonier David Palacios M.	Ayu	1077420603	Argeon	
4	Javier Leonardo Pantoja	oficial	1068812017	Argeón	
5	Emilio Herrera	Ayudante	1133797825	Argeon	
6	Oder smit Villalba B.	Ayudante	1051816014	Argeon	
7	Yeferson Acosta perez	Ayudante	1152218134	Argeon	
8	Daniel Darío Gómez	Encargado	1066 [illegible]	Argeon	
9	Reginaldo Diaz	Oficial	15049347	Argeon	
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
	FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04/06/2025.	LUGAR	El Poblado-Florida.

TEMA(S): Importancia de la inspección preoperacional.

INSTRUCTOR: Ana María Tobón **TIEMPO (MINUTOS):** 15'

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Mauricio obando	of	9864063	ARPT	
2	leonel obando	of	71734694	ARPT	
3	Julio Cesar Obando M.	Dllo.	1152440107.	ARPE.	
4	Martin monsalve	AYxx	8.477493	ARPE	
5	pablo obando	oficial	670550	ARPE	
6	Gabriel Nasco	of.	94-434-11	ARPE	
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado *por:*	*Revisado por:*	*Aprobado por:*	*Modificado por:*
Melba albañil	*Melba albañil*	*Horacio Vega*	*Catalina Montoya*
Coordinadora SST	*Coordinadora sst*	*Representante Legal*	*Profesional GR*
2019	*2019*	*2019*	*22/03/2023*

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla		Capacitación	X	Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04-06-2025	LUGAR	Las lomas - Poblado

TEMA(S): Capacitación manejo manual de cargas

INSTRUCTOR: Andrés Felipe Acuña H. **TIEMPO (MINUTOS):** 40 mins.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Andres Vega Mendoza	Ayudante	1067870116	M Y M	Andres M.
2	Santiago Bru	AyT	1190744	M Y M	SAB
3	oscar David	AYT	1074431703	M Y M	oscar
4	Yaiper Chaverra	encargado	1 780195	M Y M	Chaverra
5	Holmes Palacios R	Operario	1077.431.430	AIDECCO	Holmes
6	JOSE M M	A Y T	1007067472	M Y M	
7	Juanda M M	A Y T	1225844286	M Y M	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS Se brinda capacitación sobre manejo manual de cargas. Se realizan dinámicas para mejorar las condiciones de trabajo.	Andrés F. Acuña **FIRMA DEL INSTRUCTOR**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla		Capacitación	X	Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA	04-06-2025	LUGAR	Las lomas - Poblado

TEMA(S): Capacitación manejo manual de cargas

INSTRUCTOR: Andrés Felipe Acuña M. **TIEMPO (MINUTOS):** 40 min.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	HONORIO PADILLA LUNA	AUX VIAL	4357667 8	Consorcio	
2	Yerson Main	Auxtron	1036681352	Excel	
3	Alex RAMIREZ	A — E	15077263	MEC	Alex Ramirez
4	Juan Sebastian Ramos Avila	Oficial	1077974008	MEC	
5	Luis Alfredo Bohorquez	Ayudante	1066528711	MEC	
6	Lonny Ochoa	AYU	F1766975	MEC	
7	Jose Miguel Mosquera	AYU	1027946410	MEC	Jose Mosquera
8	Jhon Mauro	Encargado	3672688	MEC	
9	Edwar Ramirez	OF	98554571	M.E.C	
10	Marlon Agudelo J.	Ayudante	1073339026	MEC	Marlon
11	Nicolas Ramirez	Operador	94445686	EGIS	
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
Se brinda capacitación en manejo manual de cargas con los colaboradores. Se realizan dinamicas para dar a conocer las medidas a tomar con base en su importancia.	Andrés F. Acuña FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Inducción	
Reinducción		Otro					

FECHA:	04/06/2025	LUGAR:	Bombona 2

TEMA(S): Manejo manual de Carga

INSTRUCTOR: Luis J Orozco **TIEMPO (MINUTOS):** 15

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Jorge Juan Gnecco L.	oficial	7.771690	emco	
2	Oscar de Jesus D.	oficial	1037598908	emco	
3	Louis Vargas gonzalez	Auxiliar	1146442012	Emco	Louis Vargas G.
4	Davison Jaime C.	Auxiliar	1001630214	Emco	
5	Jhon Alexander J. A	Mudante	1.24743484	Emco	
6	Clemen Diaz	encargado	1003343366	emco	
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

Charla	✓	Capacitación		Entrenamiento		Reunión	

FECHA	04-06-2025	LUGAR	Bastar

TEMA(S): Delimitación de Area de trabajo, garantizar Accesos

INSTRUCTOR: Juan Esteban h **TIEMPO (MINUTOS):** 15 min

PERSONAS QUE RECIBIERON FORMACIÓN:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1	Leidy Uruga	Aux vial	1017203034	Vg- VNF	
2	Sandra Uruga	Aux vial	1017154532	Vg- VNF	Sandra
3		OF	1128452506	Excapi	
4	Alvaro Mahecha	Ayd	1018056[illegible]5	Excapi	Alvaro
5	Juan Cruz	Op. Compresor	8473547	CHP	
6	John Jairo Torres	OF	94256651	Excapi	
7	Arnovis Orasco	Ay	1104404521	Excapi	
8	Juan Diego Almira	Ay	1.000.538.032	Excapi	
9	Divier porto	Oficial	1143287[illegible]	Excapi	
10	Kainer David	Ay	1045[illegible]207	Excapi	
11	Jeison Esteven velasquez	Ay	1000335747	excapi	Jeison E
12	John Holguin	Ayudante	9439389	Excapi	John Holguin
13	Hildemaro Moreno	oficial	6933203	Excapi	
14	Jose M. Davila	Ay	9.042817	excapi	
15	Jhonaton Alexis Munoz	Ay	1014742760	Excapi	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REGISTRO DE ASISTENCIA.

FECHA: 22/03/2023
VERSIÓN: 002

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
16	Alba / B P.	Of.	1017172390	EXCOPI	AABP
17	ELKIN REYES	OFICIAL	78762514	EXCAP	ELKN
18	Alexander Tobon	conductor	71869037	Excapi	Alexander
19	YEISON RESTREPO	AY	8128555	EXCAPY	YEISON
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
Garantizar Demarcaciones completas en las Areas donde se ejecuten Actividades.	Juan Esteban h FIRMA DEL INSTRUCTOR

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Melba albañil	Melba albañil	Horacio Vega	Catalina Montoya
Coordinadora SST	Coordinadora sst	Representante Legal	Profesional GR
2019	2019	2019	22/03/2023