"CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE, EL MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD".

CONTRATO IDRD N° SG-4060



INFORME STT No 6
VERSIÓN 1
CONTRATO BELZCON I1-BOGOTÁ,
ABRIL DE 2025

CONTROL DE APROBACIONES

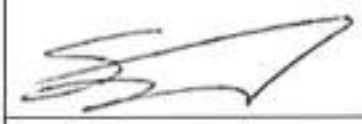
Elaborado Por:	Revisado Por:
	
William Eduardo Segura Garcia	Luis Enrique Guzmán
Profesional en Seguridad Y Salud en el trabajo.	Director de Obra

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

CONTRATO IDRD N° SG-4060 1

1. INTRODUCCIÓN 4
2. ALCANCE 4
3. OBJETIVOS DEL INFORME SST 5
   - 3.1. Objetivo General 5
   - 3.2. Objetivos Específicos 5
4. GENERALIDADES DEL PROYECTO 5
5. INFORMACIÓN DEL PROYECTO 10
6. UBICACIÓN DEL PROYECTO 11

11

7. ACTIVIDADES MENSUALES DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST 12

PERSONAL AUTORIZADO: 13

PERSONAL DE INGRESO MES DE MARZO : 14

Para el periodo evaluado se presentan 21 exámenes de ingreso con sus respectivas restricciones medicas ocupacionales, firmadas y notificadas a los trabajadores. 19

INDUCCIONES: 19
CAPACITACIONES 19
COMITÉS 20
ACCIDENTALIDAD 20
INDICADORES 20
INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD: 20
PARQUES EN INTERVENCIÓN: 23
DOCUMENTACIÓN DE MAQUINARIA: 23
CONCLUSIONES 24

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Parques Priorizados 6
Tabla 2. Información del Contrato 7
Tabla 3. Personal Profesional 10
Tabla 4. Personal Autorizado 15

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento de gestión, describe las actividades desarrolladas por parte del componente SST, en cumplimiento de lo establecido en el pliego de condiciones, anexo técnico y reglamento nacional frente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG- SST), en cumplimiento del contrato No. 4060 de 2022, cuyo objeto es CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE EL MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PARQUES DE LA RED DE PROXIMIDAD QUE INTEGRAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES.

El presente Informe presenta el desarrollo de las principales actividades ejecutadas por Belzcon S.A.S. apoyados en el anexo técnico. Su objetivo principal consiste reportar el cumplimiento de lo propuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), encaminado a prevenir, controlar y/o mitigar los impactos que se pudiesen generar por las obras de manera oportuna y eficiente.

Desde esta perspectiva, el presente informe reporta la implementación del sistema para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de ABRIL de 2025.

2. ALCANCE

El presente informe consolida las acciones ejecutadas desde el componente SST para garantizar el cumplimiento en lo programado desde esta área en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

En este periodo de evaluación del proyecto se han realizado actividades de ejecución de la parte técnica, generando un aumento en la exposición a los riesgos inherentes al proyecto y a los trabajadores.

3. OBJETIVOS DEL INFORME SST

3.1. Objetivo General

Describir las actividades realizadas por el CONSROCIO BELZCON I1., encaminadas al cumplimiento de las obligaciones de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para el desarrollo del contrato de obra SG-4060, según las disposiciones legales vigentes, de acuerdo con los criterios de calidad, oportunidad y veracidad, así como la presentación de los resultados de la ejecución, para el mes comprendido entre el 01 y el 30 de ABRIL de 2025.

3.2. Objetivos Específicos

Presentar el avance en el desarrollo de las actividades SST por parte de CONSORCIO BELZCON I1., dando cumplimiento a lo estipulado en el Sistema de Gestión de la seguridad y Salud en el Trabajo (SG- SST).

Evidenciar los procesos de ejecución y seguimiento adelantados desde el contratista, en cumplimiento de cada uno de los programas establecidos por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDRD para la ejecución de obras de infraestructura urbana.

4. GENERALIDADES DEL PROYECTO

El contrato 4060 del 2024 se firmó entre el Consorcio Belzcon I1. y el Instituto de Recreación y Deporte IDRD, con acta de inicio del 20 de noviembre de 2024, este proyecto pretende beneficiar a los habitantes de tres del distrito capital.

Pretende atender de manera oportuna las labores de mantenimiento, adecuación, mejoramiento integral, recuperación de la infraestructura física, el suministro, desmonte e instalación de las piezas, y/o partes del mobiliario urbano, módulos de juegos infantiles y estructuras deportivas, de los parques de la Red de Proximidad del Sistema Distrital de Parques del IDRD a monto agotable.

Para la fecha de presentación de este informe se tiene un listado de 83 parques distribuidos en las tres localidades de intervención; para este periodo se encuentran los siguientes parques en ejecución:

ITEM	NOMBRE DEL PARQUE
1	PARQUE NACIONAL
2	PIJAOS
3	SIMON BOLIVAR
4	URBANIZACIÓN TOBERIN
5	NUEVA URBANIZACIÓN EL CEDRITO
6	PARQUE DE LOS NIÑOS
7	PRD EL SALITRE
8	COUNTRY
9	CEFE SAN CRISTOBAL
10	PALACIO DE LOS DEPORTES
11	PARQUE LOS NOVIOS
12	RECREO
13	VALLES DE CAFAM
14	LA ANDREA
15	JAZMIN
16	TIMIZA
17	PALESTINA
29	MIRAVALLE F8
30	LOMBARDIA
31	VILLA DE LOS SAUCES
32	SANTA ISABEL
33	GAVILANES
34	GORGONZOLA
35	FLORENCIA
36	PRADERA SUR
37	PEPITA

38	TRONQUITOS
39	AMERICAS OCCIDENTAL
40	ATALAYAS
41	LUCES VILLARICA
42	MARRUECOS
43	BELLAVISTA DINDALITO-CANCHA
44	CHICALA
45	TIBABUYES
46	BURGOS BRITALIA
47	HAYUELOS F5
48	HAYUELOS
49	ALFONSO LOPEZ
50	EUROPA
51	SANTA CLARA
52	SAN JOSE
53	GILMA 2 F5
54	GILMA F8
55	GILMA F11
56	TEJAR
57	MOLINOS
58	PRADO PINZÓN
59	EJIDOS F11
60	CARMELO FÚTBOL 11
61	SANTA CLARA
62	DESARROLLO VERBENAL I
63	DESARROLLO VERBENAL II
64	URB CALLE 170

65	TERCER MILENIO
66	PLAZA DE TOROS
67	LA ANDREA
68	MIRA VALLE, CORTIJO, SAN JUAN BAUTISTA Y SAN LUIS
69	NUEVO USME
70	NUEVO MILENIO
71	NUEVO MUZU
72	NARANJOS
73	GRAN COLOMBIANO
74	PARQUE RÍO
75	ESPERANZA
76	TIBANICA
77	CHICALA
78	ATALAYA
79	PATIO BONITO
80	BELLA VISTA
81	VILLA DE LOS SAUCES
82	CASTILLA
83	TIMIZA
84	CAYETANO CAÑIZARES
85	TECHO
86	LAS LUCES Y VILLA RICA
87	VILLEMAR
88	ATAHUALPA
89	FLORENCIA
90	EUROPA
91	EL CARMELO

92	SAN ANDRES
93	FLORENCIA II
94	PETAR SALITRE
95	JUAN AMARILLO
96	LOMBARDIA
97	PRADO PINZON
98	EL INDIO DE LAS COMETAS
99	FONTANAR D EL RIO
100	ALCAZARES
101	MOVISTAR ARENA
102	LA PEPITA
103	SANTA ISABEL
104	LA FRAGUA
105	BOCHICA
106	MILENTA TEJAR SAN EUSEBIO
107	CIUDAD MONTES
108	EL JAZMIN
109	LOS EJIDIOS
110	BOSQUE DE SAN CARLOS
111	PALERMO SUR
112	LOS MOLINOS
113	QUIROGA
114	SAN JOSE
115	CANDELARIA LA NUEVA
116	ILLIMANI PARAISO

Tabla 1. Parques Autorizados

5. INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG- SST) se menciona la identificación del proyecto y las actividades a desarrollar en el marco de gestión social que buscan fortalecer el sentido de pertenencia y el reconocimiento de los actores que ejecutarán el proyecto.

Tabla 2. Información del Contrato

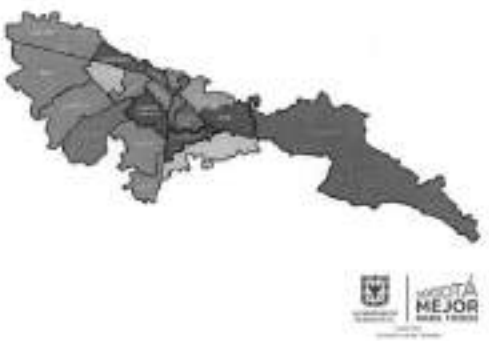
	CONTRATANTE **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE**
Supervisión Técnica:	ANGÉLICA MARÍA ROMERO HERNANDEZ

	INTERVENTORÍA **Contrato IDRD-SG-4080-2024**
Interventoria:	CONSORCIO SANTA TERESA 028
Director de Interventoria:	RAÚL ORLANDO DELGADO CABIATIVA
Objeto:	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, CONTABLE, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL, SST Y JURÍDICA A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LOS PARQUES Y CAMPOS DEPORTIVOS ADMINISTRADOS POR EL IDRD.
Duración del contrato:	OCHO (8) MESES
Fecha de inicio del proyecto:	20 DE NOVIEMBRE 2024
Fecha de Terminación:	19 DE JULIO 2025

	CONTRATISTA **Contrato IDRD SG – 4060 - 2024**
Contratista:	CONSORCIO BELZCON I1.

Director de Obra:	LUIS ENRIQUE GUZMAN
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA
Objeto:	CONTRATAR MEDIANTE EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE EL MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y, RECUPERACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PARQUES DE LA RED DE PROXIMIDAD QUE INTEGRAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES
Duración del contrato:	OCHO (8) MESES
Fecha de inicio del proyecto:	20 DE NOVIEMBRE 2024
Fecha de Terminación:	19 DE JULIO 2025

6. UBICACIÓN DEL PROYECTO



De conformidad con la priorización entregada por parte del Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD, a continuación, se presenta el listado de parques objeto de intervención; remitirse al numeral **4. GENERALIDADES DEL PROYECTO**, **TABLA 1 PARQUES AUTORIZADOS.**

//

El contrato 4060 - 2024 se firmó entre el Consorcio Belzcon I1 y el Instituto de Recreación y Deporte IDRD, con acta de inicio del 20 de noviembre de 2024 y pretende beneficiar a los habitantes de las localidades del distrito capital.

Pretende atender de manera oportuna las labores de mantenimiento, adecuación, mejoramiento integral, recuperación de la infraestructura física, el suministro, desmonte e instalación de las piezas, y/o partes del mobiliario urbano, módulos de juegos infantiles y estructuras deportivas, de los parques de la Red de Proximidad del Sistema Distrital de Parques del IDRD a monto agotable.

7. ACTIVIDADES MENSUALES DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SST

PERSONAL PROFESIONAL: A continuación, se relacionan los cargos establecidos para la contratación y su tiempo de dedicación o porcentaje en el proyecto.

Tabla 3. Personal Profesional

Cargo	1	2	3	4	5	6	7	8
Director de obra	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Residente de obra	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Inspector de obra	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Profesional de seguridad industrial	57,89%	57,89%	57,89%	57,89%	57,89%	57,89%	57,89%	57,89%
Profesional ambiental	44,51%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Profesional en sistema de Calidad	35,71%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
Ingeniero estructural	26,71%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
Ingeniero eléctrico o electrico	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%
Ingeniero de tránsito	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Ingeniero hidráulico y gas	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%	35,81%
Profesional social	26,71%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
Profesional de presupuesto y programación de obra	44,51%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Profesional forestal	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Topógrafo	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Cadenero 1	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Cadenero 2	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
Sanitaria	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Contable	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Abogado	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%

PERSONAL AUTORIZADO:

Para el periodo evaluado de este informe se se cuentan con 20 personas contratadas de la parte administrativa requerida en los pliegos, ya que se encuentran en proceso de envio para aprobación.

ITEM	NOMBRE	CARGO	ESTADO	AFILIADOS (SI/NO)
1	LUIS ENRIQUE GUZMAN CONDIA	DIRECTOR DE OBRA	ACTIVO	SI
2	GUSTAVO VARGAS FIGUEREDO	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
3	JHON CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
4	JHON LIAN CUELLAR SALAMANCA	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
5	ADRIANA PACHON FAJARDO	RESIDENTE AMBIENTAL	ACTIVO	SI
6	VIVIANA PAULINA MANCIPE GARCIA	RESIDENTE SOCIAL	ACTIVO	SI
7	ERVIN ARTUTO RODRIGUEZ DUARTE	CADMARZO 1	ACTIVO	SI
8	RODRIGO MOSQUERA GARZON	CADMARZO 2	ACTIVO	SI
9	RODRIGO MOSQUERA IBAÑEZ	TOPOGRAFO	ACTIVO	SI
10	PAULA ANDREA ORDOÑEZ	INSP. DE OBRA	ACTIVO	SI
11	CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ	INSP. DE OBRA	ACTIVO	SI
12	OSCAR DARIO CARDENAS LOZANO	PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS	ACTIVO	SI
13	JOSE DAVID PATIÑO GARZON	INSPECTOR DE OBRA	ACTIVO	SI
14	ASDRID MARICELA TOLOZA CUBAQUE	RESIDENTE FORESTAL	ACTIVO	SI
15	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA	RESIDENTE SST	ACTIVO	SI
16	JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ C	ESPECIALISTA DE TRANSITO	ACTIVO	SI
17	CLAUDIA PEDRAZA	RESIDENTE DE OBRA	ACTIVO	SI
18	SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL	PROFESIONAL DE CALIDAD	ACTIVO	SI
19	MARIANA BOLÍVAR ARENAS	ESPECIALISTA CONTABLE	ACTIVO	SI
20	ANDRES FELIPE JIMNENEZ VILLAMIL	RESIDENTE ELECTRICO	ACTIVO	SI

PERSONAL DE INGRESO MES DE MARZO:

Para el periodo comprendido entre 1 y el 30 de abril de 2025, se presentan un total de 20 personas de la parte operativa y administrativa. **VER ANEXO 1. LISTADO SOCIODEMOGRAFICO**

No.	CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO
1	CARLOS ARDILA	DUBALER CARLOS IZASA CUERVO	1.024.529.102	PLOMERO	27/03/2025	INGRESO
2	CARLOS ARDILA	JUAN CARLOS GARNICA BAUTISTA	11.522.829	AYUDANTE	27/03/2025	INGRESO
3	CARLOS ARDILA	JEFERSON MANUEL ARTEAGA BEHUANES	1.048.223.509	AYUDANTE	1/04/2025	INGRESO
4	CARLOS ARDILA	JOSE MAURICIO VAQUIRO LEAL	5972793	AYUDANTE	25/04/2025	INGRESO
5	CARLOS ARDILA	JOSE LUIS TORRES VILLAMIL	1.051.589.383	AYUDANTE	25/04/2025	INGRESO
6	CONSORCIO BELZCON	PAULA ANDREA ORDOÑEZ	1.110.517.297	RESIDENTE	7/4/2025	INGRESO
7	JHC INGENIEROS	CALIXTO ANGULO RIASCOS	5.360.261	OFICIAL	23/04/2025	INGRESO
8	JHC INGENIEROS	EDILBERTO PADILLA DIAZ	12.624.515	AYUDANTE	23/04/2025	INGRESO
9	JHC INGENIEROS	CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO	98.362.534	AYUDANTE	23/04/2025	INGRESO
10	JHC INGENIEROS	LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO	3.241.869	MAESTRO DE OBRA	23/04/2025	INGRESO
11	JHC INGENIEROS	JAIRO RUBIO SANCHEZ	93.393.332	AYUDANTE	23/04/2025	INGRESO
12	JHC INGENIEROS	YEFERSON ANDRES LEÓN BENAVIDES	1.024.564.338	OPERADOR MINI CARGADOR	23/04/2025	INGRESO
13	LUIS CAMARGO	LUIS ALFONSO NIÑO FORERO	79.598.293	OFICIAL	23/04/2025	INGRESO
14	OMR	ESTIMEN ADOLFO HURTADO BELTRAN	1.030.678.784	AYUDANTE	2/4/2025	INGRESO
15	OMR	KEVIN RAFAEL ACOSTA BORJA	1.079.932.748	AYUDANTE	2/4/2025	INGRESO
16	OMR	LUIS ALBERTO QUINTERO FRANCO	80.463.101	OFICIAL	2/4/2025	INGRESO
17	DFL	JEISON JAVIER ROJAS RICO	1.193.311.210	AYUDANTE	1/4/2025	INGRESO
18	DFL	DUBAN FELIPE DUQUE CASTRO	1.077.975.089	OFICIAL	1/4/2025	INGRESO
19	DIVERPARK	JOSE MANUEL GONZALEZ	79.572.922	INSTALADOR	8/4/2025	INGRESO
20	DIVERPARK	JUAN CAMILO FALLA PERILLA	1.013.662.731	INSTALADOR	8/4/2025	INGRESO

PERSONAL RETIRADO ABRIL: Para el periodo comprendido entre 01 y el 30 de abril de 2025, se presentan 10 retiros del proyecto. Se aclara que la paz y salvos. Se entregan los paz y salvos del Persona de Carlos Ardila de Jesus Caicedo, Duvan Gomez, Deivid Suarez, Camilo Rativa, Luis Barrera, Adrian Aranda, Daniel Hernndez Carlos López, Giovanny Forigua. del periodo evaluado se entregan los paz y salvos de Gina Paola Ciprian Casallas,los paz y salvos pendientes se entregaran en el informe N° 7. **VER ANEXO 12. PAZ Y SALVOS.**

No.	CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	FECHA INGRESO	ESTADO
83	LUIS CAMARGO	YESHIT CAMARGO VANEGAS	1.050.066.560	OFICIAL	7/3/2025	RETIRO
84	LUIS CAMARGO	JIOVANNI PEÑA PARRA	79.210.402	OFICIAL	29/03/2025	RETIRO
85	ILUMINARC	CARLOS ANDRES LOPEZ BUITRAGO	80.869.119	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2025	RETIRO
86	ILUMINARC	GIOVANNY FORIGUA MERENDES	1.013.661.060	TECNICO ELECTRISTA	29/01/2025	RETIRO
87	CONSORCIO BELZCON	GINA PAOLA CIPRIAN CASALLAS	1.012.429.637	INSPECTOR DE OBRA	16/01/2025	RETIRO
88	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	JHON SEBASTIAN OROZCO FIERRO	1.023.954.875	OFICIAL	1/4/2025	INGRESO/RETIRO
89	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	ORLANDO FARFAN	1.012.157	OFICIAL	2/4/2025	INGRESO/RETIRO
90	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	OTONIEL CABREJO CORSO	80.266.072	OFICIAL	15/01/2025	RETIRO
91	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS	JOSE ANTONIO CARRERO CANTOR	19.488.572	OFICIAL	13/01/2025	RETIRO
92	MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS	ANDRES DAVID SUAREZ ALFEREZ	1.012.439.979	OFICIAL	7/3/2025	RETIRO

PERSONAL ACTIVO MARZO:

21	CARLOS ARDILA	JAIME MUÑOZ RODRIGUEZ	80.268.734	OFICIAL	27/11/2024	ACTIVO
22	CARLOS ARDILA	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ	79.992.215	CONTRATISTA	3/12/2024	ACTIVO
23	CARLOS ARDILA	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	80.438.571	OFICIAL	1/12/2024	ACTIVO
24	CARLOS ARDILA	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	79.218.353	AYUDANTE	25/11/2024	ACTIVO
25	CARLOS ARDILA	DALMIRO SERRATO AYA	80.421.303	OFICIAL	22/11/2024	ACTIVO
26	CARLOS ARDILA	WILSON ROJAS ALZAQUE	12.209.798	OFICIAL	19/02/2025	ACTIVO
27	CONSORCIO BELZCON	CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ	1.023.013.499	INSPECTOR DE OBRA	16/01/2025	ACTIVO
28	CONSORCIO BELZCON	ASDRID MARICELA TOLOZA CUBAQUE	52.423.434	RESIDENTE FORESTAL	16/01/2025	ACTIVO
29	CONSORCIO BELZCON	WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA	1.031.122.774	RESIDENTE SST	15/01/2025	ACTIVO
30	CONSORCIO BELZCON	JUANSEBASTIAN RODRIGUEZ C	10.306.619.586	ESPECIALISTA DE TRANSITO	16/01/2025	ACTIVO
31	CONSORCIO BELZCON	SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL	52.923.500	PROFESIONAL DE CALIDAD	16/01/2025	ACTIVO
32	CONSORCIO BELZCON	MARINA BOLIVAR ARENAS	1.010.180.348	ESPECIALISTA CONTABLE	16/01/2025	ACTIVO
33	CONSORCIO BELZCON	LUIS ENRIQUE GUZMAN CONDIA	9.583.220	DIRECTOR DE OBRA	2/12/2024	ACTIVO
34	CONSORCIO BELZCON	GUSTAVO VARGAS FIGUEREDO	79.883.726	RESIDENTE DE OBRA	2/12/2024	ACTIVO
35	CONSORCIO BELZCON	JHON CARLOS SANTANA BOHORQUEZ	1.012.420.871	INSPECTOR DE OBRA	23/12/2024	ACTIVO
36	CONSORCIO BELZCON	JHON LIAN CUELLAR SALAMANCA	79.352.621	RESIDENTE DE OBRA	23/12/2024	ACTIVO
37	CONSORCIO BELZCON	ADRIANA PACHON FAJARDO	1.010.011.012	RESIDENTE AMBIENTAL	23/12/2024	ACTIVO
38	CONSORCIO BELZCON	VIVIANA PAULINA MANCIPE GARCIA	52.990.836	RESIDENTE SOCIAL	23/12/2024	ACTIVO
39	CONSORCIO BELZCON	JOSE DAVID PATIÑO GARZÓN	1.014.187.115	INSPECTOR DE OBRA	3/2/2025	ACTIVO
40	CONSORCIO BELZCON	CLAUDIA PEDRAZA	52.879.800	RESIDENTE DE OBRA	10/2/2025	ACTIVO
41	CONSORCIO BELZCON	OSCAR DARIO CARDENAS LOZANO	1.024.543.912	PROFESIONAL DE COSTOS Y PRESUPUESTOS	10/2/2025	ACTIVO
42	CONSORCIO BELZCON	ROSSY CATALINA RUBIO LOPEZ	1.001.203.623	AUX DE INGENIERIA	11/2/2025	ACTIVO
43	CONSORCIO BELZCON	SAUL GÓMEZ SALAMANCA	80.435.393	MAESTRO	20/02/2025	ACTIVO
44	CONSORCIO BELZCON	CRISTHIAN ORLANDO NARANJO RODRIGUEZ	1.031.146.624	INSPECTOR SST	13/02/2025	ACTIVO
45	CONSORCIO BELZCON	CRISTIAN FELIPE ARDILA NAVARRETE	1.010.223.116	INSPECTOR DE OBRA	11/2/2025	ACTIVO
46	CONSORCIO BELZCON	ANDRES MAURICIO TAVERA PINZON	1.053.784.849	INSPECTOR DE OBRA	3/2/2025	ACTIVO
47	CONSORCIO BELZCON	JORGE WILLIAMS CARDENAS AGUJA	79.986.418	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	3/2/2025	ACTIVO
48	CONSORCIO BELZCON	CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS	1.026.251.328	CONDUCTOR	12/3/2025	ACTIVO
49	RM INGENIERIA	ERVIN ARTUTO RODRIGUEZ DUARTE	79.876.077	CADENERO 1	23/12/2024	ACTIVO
50	RM INGENIERIA	RODRIGO MOSQUERA IBAÑEZ	1.012.342.987	TOPOGRAFO	23/12/2024	ACTIVO
51	RM INGENIERIA	RODRIGO MOSQUERA GARZON	19.225.828	CADENERO 2	23/12/2024	ACTIVO
52	ILUMINARC	ANDRES FELIPE JIMENEZ VILLAMIL	1.014.239.409	RESIDENTE ELECTRICO	10/1/2025	ACTIVO

53	ILUMINARC	JHONNY MAURICCI ROJAS MEDINA	80.209.784	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2025	ACTIVO
54	ILUMINARC	NUMAEL MEDINA MEDINA	79.382.706	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
55	ILUMINARC	PAULA ANDREA ROMERO VASQUEZ	1.020.785.662	COORDINADORA DE ALTURAS	21/01/2025	ACTIVO
56	ILUMINARC	HECTOR REINEL ROJAS MEDINA	79.764.959	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
57	ILUMINARC	JOSE AGUSTIN LOZANO CASTRO	79.244.131	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
58	ILUMINARC	LUIS FERNANDO LOZANO	80.473.084	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
59	ILUMINARC	WILMER ARMANDO BAUTISTA AMAYA	80.027.455	TECNICO ELECTRISTA	10/1/2021	ACTIVO
60	ILUMINARC	EMILIO MEDINA MEDINA	79.352.450	OFICIAL	10/3/2025	ACTIVO
61	ILUMINARC	JOSE YESID MARTINEZ PEREZ	1.032.383.946	OFICIAL	10/3/2025	ACTIVO
62	OMR	JUAN MAURICIO GOMEZ PEDROZA	2.968.575	OFICIAL	3/2/2025	ACTIVO
63	OMR	JOSE JAVIER VELASQUEZ HERNANDEZ	11.521.300	AYUDANTE	14/02/2025	ACTIVO
64	OMR	NELSON ALFONSO URREGO	1.079.032.313	OPERADOR MINI CARGADOR	14/03/2025	ACTIVO
65	STELL CONCRET	JORGE EDUARDO CHICO LOAIZA	1.109.843.533	AYUDANTE	3/2/2025	ACTIVO
66	STELL CONCRET	JHON FREDDY HUERTAS ZABALETA	80.764.602	AYUDANTE	3/2/2025	ACTIVO
67	STELL CONCRET	JAIRO CASTAÑEDA CIFUENTES	3.258.087	OFICIAL	3/2/2025	ACTIVO
68	ARIN	DAVID CORTES REYES	79.728.460	AYUDANTE	13/03/2025	ACTIVO
69	ARIN	CAMPO ELIAS VARGAS GIL	7.210.085	OFICIAL	13/03/2025	ACTIVO
70	BALERCO	EDGAR ESPITIA ROJAS	1.018.462.151	AYUDANTE	10/3/2025	ACTIVO
71	BALERCO	LUIS MERCADO RUA	15.903.052	AYUDANTE	10/3/2025	ACTIVO
72	BALERCO	JAIR DAVID ALONSO PIRACOCA	1.032.419.520	RESIDENTE	10/3/2025	ACTIVO
73	LUIS CAMARGO	JEFERSON STID CAMARGO CABEZAS	1.033.775.106	OFICIAL	7/3/2025	ACTIVO
74	LUIS CAMARGO	EMILIANO CAMARGO QUINTANA	4.116.907	MAESTRO DE OBRA	7/3/2025	ACTIVO
75	LUIS CAMARGO	JAIDER CAMARGO VANEGAS	80.858.863	OFICIAL	7/3/2025	ACTIVO
76	LUIS CAMARGO	RENE CAMARGO VANEGAS	73.563.773	OFICIAL	7/3/2025	ACTIVO
77	LUIS CAMARGO	LUIS ROGELIO ROJAS TRUJILLO	19.401.764	AYUDANTE	7/3/2025	ACTIVO
78	DIVERPARK	ARNULFO ANDRADES POLO	92.129.294	INSTALADOR	28/03/2025	ACTIVO
79	DIVERPARK	NEY SANTANA ARRIETA	73.050.088	INSTALADOR	28/03/2025	ACTIVO
80	DIVERPARK	RONALDO RIVERA	1.012.450.951	INSTALADOR	28/03/2025	ACTIVO
81	DIVERPARK	ALEXANDER DAZA	1012450951	INSTALADOR	28/03/2025	ACTIVO
82	DFL	JEISON JACOB ANGEL MENDEZ	1.083.917.804	AYUDANTE	10/3/2025	ACTIVO

EXAMENES DE INGRESO:

Para el periodo evaluado se presentan 20 exámenes de ingreso con sus respectivas restricciones medicas ocupacionales, firmadas y notificadas a los trabajadores.

INDUCCIONES:

Para el periodo evaluado se adjuntan 20 inducciones correspondientes a los ingresos que se presentan al proyecto en el periodo evaluado.

ENTREGA DE DOTACIONES

Para el periodo evaluado se presentan 32 registros de entrega de dotaciones y repsicion de EPP realizadas al personal operativo y administrativo. **VER ANEXO 4 ENTREGA DE DOTACIÓN.**

MATRIZ DE RIESGOS

Para este periodo se relacionan un total de 92 personas y se realiza la actualización de la matriz, esta actualización se realizará mes a mes o en caso de presentarse un accidente laboral.

PLAN DE TRABAJO

El Plan de trabajo de CONSORCIO BELZCON I1, del periodo evaluado se encuentra en diseño el plan de trabajo, sin embargo, se da cumplimiento al procedimiento de inducciones y charlas del personal en obra. **VER ANEXO 5 PLAN DE TRABAJO.**

CAPACITACIONES

Para el periodo evaluado se realizaron 6 capacitación al personal durante el periodo evaluado. **VER ANEXO 6. CAPACITACIONES.**

ITEM	FECHA	TEMA	CANTIDAD PERSONAL
1	1/04/2025	Higiene de Manos	5
2	02/04/2025	Puntos ecológicos	2
3	08/04/2025	Riesgo Bologico	4
4	10/04/2025	Orden y Aseo en los frentesde obra	4
5	12/04/2025	Farmacdependencia	3
6	14/04/2025	Higine de manos	6
7	15/04/2025	Riesgo Pisicosocial	6
8	22/04/2025	Orden y Aseo en los frentesde obra	

COMITÉS

Para el periodo evaluado se cuenta con los respectivos comités, esta elección se realiza el cambio del Vigía de Seguridad y Salud en el trabajo. Se realiza reunión con la vigia asignada el dia 15 de Abril del 2025. **VER ANEXO 11: COMITES**

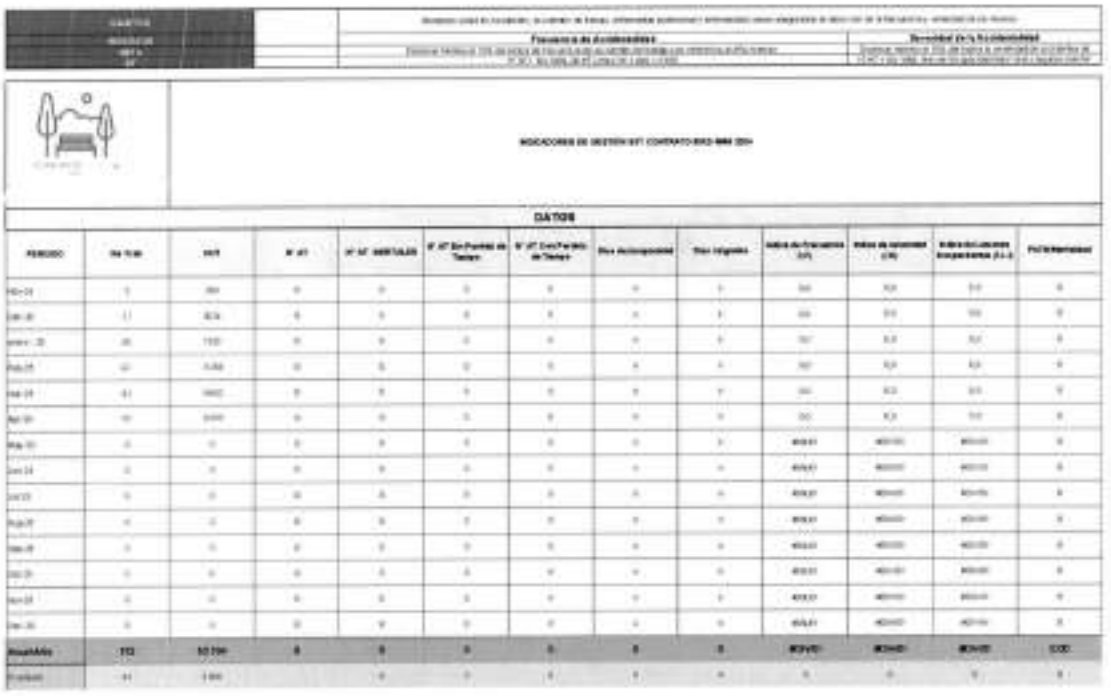
ACCIDENTALIDAD

Durante el periodo de este informe no se presentan accidentes que tengan que ver con el proyecto.

INDICADORES

Para el periodo evaluado se presentan los siguientes indicadores

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD:



INDICADORES DE AUSENTISMO: Durante el periodo evaluado no se presentaron ausentismos por ninguna causa en el desarrollo del proyecto.

Ausentismo		
Dias de incp x mes AT+EC	**Dias trabajados x mes**	**Dias trabajados x mes**
0	9	0,0
0	25	0,0
0	26	0,0
0	24	0,0
0	25	0,0
0	24	0,0
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
TOTAL		139,60

INDICADORES DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA:

Incidencia		
Nº casos EL año	**Promedio de W año**	**Indicador incidencia**
0	42	0,0

Prevalencia			
Casos EL 2024	**Casos EL 2025**	**Promedio de W año**	**Indicador prevalencia**
0	0	42	0,0

INDICADORES DE ESTRUCUTURA, PROCESO Y RESULTADO: Para el periodo evaluado se encuentra en diseño el SG-SST.

INDICADORES ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO - 2025

INDICADOR	RESPONSABLE	INFORMACION FORMULA	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Cumplimiento Política	Gerente Area SST	Numero de Trabajadores que conocen la Política	1	26	45	65	81	92			
		Numero de Trabajadores Total en la empresa	1	28	45	65	82	92			
Cumplimiento legal	Gerente Area SST	Numero de requisitos legales cumplidos	50	56	56	56	56	56			
		Numero total de requisitos legales aplicables	56	56	56	56	56	56			
Cumplimiento plan capacitaciones	Area SST	Numero de capacitaciones ejecutadas	0	1	5	6	7	8			
		Numero de capacitaciones programadas	0	1	5	6	7	8			
Actividades plan de trabajo	Area SST	Numero de actividades cumplidas del plan anual de trabajo	0	4	14	15	15	18			
		Numero de actividades programadas en el plan anual de trabajo	0	0	24	15	15	18			
Inspecciones realizadas	Area SST	Numero de Inspecciones Realizadas	0	1	3	5	18	23			
		Numero de Inspecciones Planeadas	0	2	3	5	18	23			
Gestion actividades COPASST	Area SST	N.º actividades programadas	0	0	1	1	1	1			
		N.º actividades ejecutadas en el periodo	0	0	1	1	1	1			
Gestion actividades COMVIVIENCIA	Area SST	N.º actividades programadas	0	0	1	1	N.A	N.A			
		N.º actividades ejecutadas en el periodo	0	0	1	1	N.A	N.A			

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL:

Para el periodo evaluado se presentan planillas de seguridad del personal activo a la fecha, se presentan también las afiliaciones del personal de ingreso o según corresponda, se aclara que no se presentan las planillas de los siguientes proveedores de mano de obra ya que el pago correspondiente al mes de marzo - abril: Multibombas y Servicios, Luis Camargo, Balerco y Carlos Ardila, este pgo se efectua despues de la presentación de este informe, estas planillas seran entregadas a medida que sean suministradas por los contratistas. **VER ANEXO 8. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL.**

PARQUES EN INTERVENCIÓN:

En la fecha de evaluación de este informe se tienen autorizada la intervención de los siguientes parques, en los cuales de realizaron diferentes tipos de actividades constructivas.

	PARQUE EN INTERVENCIÓN
1	PARQUE NACIONAL
2	PALACIO DE LOS DEPORTES
3	PORVENIR
4	PIJAOS
5	LA ANDREA
6	CEFE SAN CRISTOBAL
7	OLAYA
8	COUNTRY
9	PATIO BONITO
10	VALLES DE CAFAM
11	CIUDAD MONTES
12	MODELIA
13	SIMON BOLÍVAR
14	LA SERENA
15	TIMIZA

DOCUMENTACIÓN DE MAQUINARIA:

Para le fecha de presentación de este informe se registran 3 ingresos de maquinaria al proyecto.

ITEM	REFERNCIA	ESTADO
1	VOLQUETA THY 433	ACTIVO
2	BOTCAT S570 2024	ACTIVO

REGISTRO FOTOGRAFICO: Se anexa archivo con registro fotográfico de las actividades realizadas en el periodo evaluado, **VER ANEXO 9: REGISTRO FOTOGRAFICO.**

INSPECCIONES DE SEGURIDAD: Para el periodo evaluado se presentan 16 inspecciones de seguridad, realizadas al Extintor y al Kit de emergencias, Botiquín y Camila, preoperacionales de inspecciones locativas en parques **VER ANEXO 10: INSPECCIONES DE SEGURIDAD**

PERMISOS DE TRABAJO: Para el periodo evaluado se presentan permisos de trabajo en alturas de los diferentes Subcontratistas que realizan estas labores, a continuación, se relacionan los permisos adjuntos. **ANEXO 11: PERMISOS DE TRABAJO.**

ITEM	FECHA	ACTIVIDAD	CONTRATISTA
1	31/03/2025	Permisos Instalación de Vidrios	
2	03/03/2025	Permisos Palacio de los deportes	STEEL CONCRET

CONCLUSIONES

- ✔ Para este periodo se presentan 20 ingresos,
- ✔ Se efectúan actividades en obra y en el diseño del SGSST.
- ✔ Se realiza la recopilación de información referente a ingresos del personal y a su vez la respectiva revisión.
- ✔ En el periodo evaluado no se presentan accidentes ni ausentismo por origen común.
- ✔ Se realiza el ingreso de 2 maquinarias al proyecto.



BOGOTÁ


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.024.529.102
ISAZA CUERVO

DUBALIER

Dubalier Isaza Cuervo

Caja de compensación
Colsubsidio
EPS salud total
Dirección: Cra10 # 48a 08
sur
Pensión y cesantías: Porvenir


FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1992
MONTENEGRO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-MAY-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	79992215
Número Afiliación:	241992
Razón social:	JOSE CARLOS ARDILA MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1024529102
Nombre:	DUBALIER CARLOS ISAZA CUERVO
Fecha Ingreso:	27/03/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	26/03/2025 02:29:19 p. m.

Salud Total EPS

Bogotá, 26/03/2025

Señor(a)
DUBALIER ISAZA CUERVO
C – 1024529102

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4013903594
Fecha Radicación: 03/26/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ C 79992215, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
DUBALIER ISAZA CUERVO	C	03/05/1992	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 32F 81B 14 IN 202 BL 5
Dirección Laboral: CL 32F 81B 14 IN 202 BL 5
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES AXA COLPATRIA.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 03/27/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DUBALIER ISAZA CUERVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.529.102**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 26 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

Bogotá DC. 26 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el dia 26/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1024529102
Nombres y Apellidos	DUBALIER ISAZA CUERVO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	1 79992215
Razón Social Empleador	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	26/3/2025
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 8-abr-2025 **HORA** 07:32:23
EMPRESA Jose Carlos Avila Muñoz Nit 79.992.215
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Dubalier Isaza Cuervo
Edad: 32 años 11 meses 5 dias
Documento de identificación: CC Numero 1024529102
Cargo: OFICIAL

APTO PARA LABORES ASIGNADAS

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Uso protección auditiva

Optometria
Vision Lejana: Emetrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual
Vision Cercana: Emetrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio fisico en forma habitual (Minimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o segun programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo segun exposición y actividad laboral.
MEDICO Normal: OSTEOMUSCULAR Normal
REMISIÓN A EPS? NO
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leido y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudieran influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		Trabajador		
Firma		Firma		Huella
Nombre	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre	Dubalier Isaza Cuervo	
RM	LIC SST#3508 de 19-C Lic SO	CC N°	1024529102	

Powered by CamScanner

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

0020-PR-SST-26
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque San Cristobal	Nobre del trabajador:	Publicar Zarza
Ubicación:	Parque San Cristobal	Cargo:	Plomero
Telefono:	3046736185	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L-V 4:30/ SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- * Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- * Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- * Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
- * Prohibidas las peleas, riñas o matrotes
- * Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- *Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- * Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
- *Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.
- * Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

- * Utilizar de manera adecuada los baños
- * Se evita la extincion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- * Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
- * Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- * No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- * Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- * Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- * No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- * Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- * Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- * El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
- * El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- * Su familia siempre lo espera en casa
- * El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

- *Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
- *Tener en los objetivos trazados unas metas o indicadores
- *Cumplir las normas, reglamentos o instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- *Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- *Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
- *Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- *Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- * Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- * No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- * El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- * Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- * Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- * Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Alturs.
- * Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- *Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- *Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:
INFORMACIÓN: **PROHIBICIÓN:** **OBLIGACIÓN:**

NO FUME

POLITICAS SST

- *Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- *Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- *Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
- * Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- *Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Carlos

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosférica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químico	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	humos metálicos, no metálicos	X	
Biológico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Ricketsias	X	
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	Ruidos e exoesqueletos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Eléctrico (alta y baja tensión, estáticos)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, atentados)	X	
	Tecnologico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	X	
	Excavaciones	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitantes (para cada ultima sede se debe solicitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentre expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectúe y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mí asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular(a) (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELLIDOM SAS , remitirnos por cualquier medio que tengamos disponible en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de acelerar el tramite establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.majorbogas.com

NOMBRE: Duballer Ibaza	CÉDULA: 1024529102	CARGO: Planero	RH: O+
DIRECCIÓN: Cra 10 # 48A 05 sur	TEL / CEL: 3046736185	LOCALIDAD: Rafael U.U	EDAD: 33
FECHA NACIMIENTO: 03-05-1992	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
L: Suva Colpatria	EPS: Salud total	AFP: Porvenir	

EXAMENES MÉDICOS:

RESTRICCIONES MÉDICAS: NO CUÁL?

NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: 3172668119 catalina ALERGIAS: NO CUÁL?

FIRMA EMPLEADO:

FECHA: 27-03-25

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CSZC-PR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	Parque San Cristobal	Fecha: 27-03-25	
Nombre	Dubalier Zeaza	Cargo:	plomero
Cedula:	1024529102	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:

caida desde es calera ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:

cumplir con las normas de seguridad ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura



condición insegura



Acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:

guantes, casco, botas de seguridad ✓

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

seguridad vial y drogas y alcohol

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:

no botar basura y ahorro de agua ✓

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F ✓

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUMAR
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificacion 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de	CALIFICACIÓN: 5.0 FIRMA RESPONSABLE SST:

Bogotá 27 de 03 del 2025

Señor(a): Doballer Isaza Cuervo
CC.: 1024529102

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 8 de Abril 25, en su **IPS** Sem Salud, como cargo Oficial (Bomero) se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

1. Practicar Ejercicio Físico en forma habitual
2. Capacitar en Higiene postural.
3. Realizar Pausas Activas.
4. Uso de celular: NO

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Bogotá D.C 27 - de 03 del 2025

Señor(a)
Nombre: Dubaicr Isaza cuervo
Cargo: Piomero
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

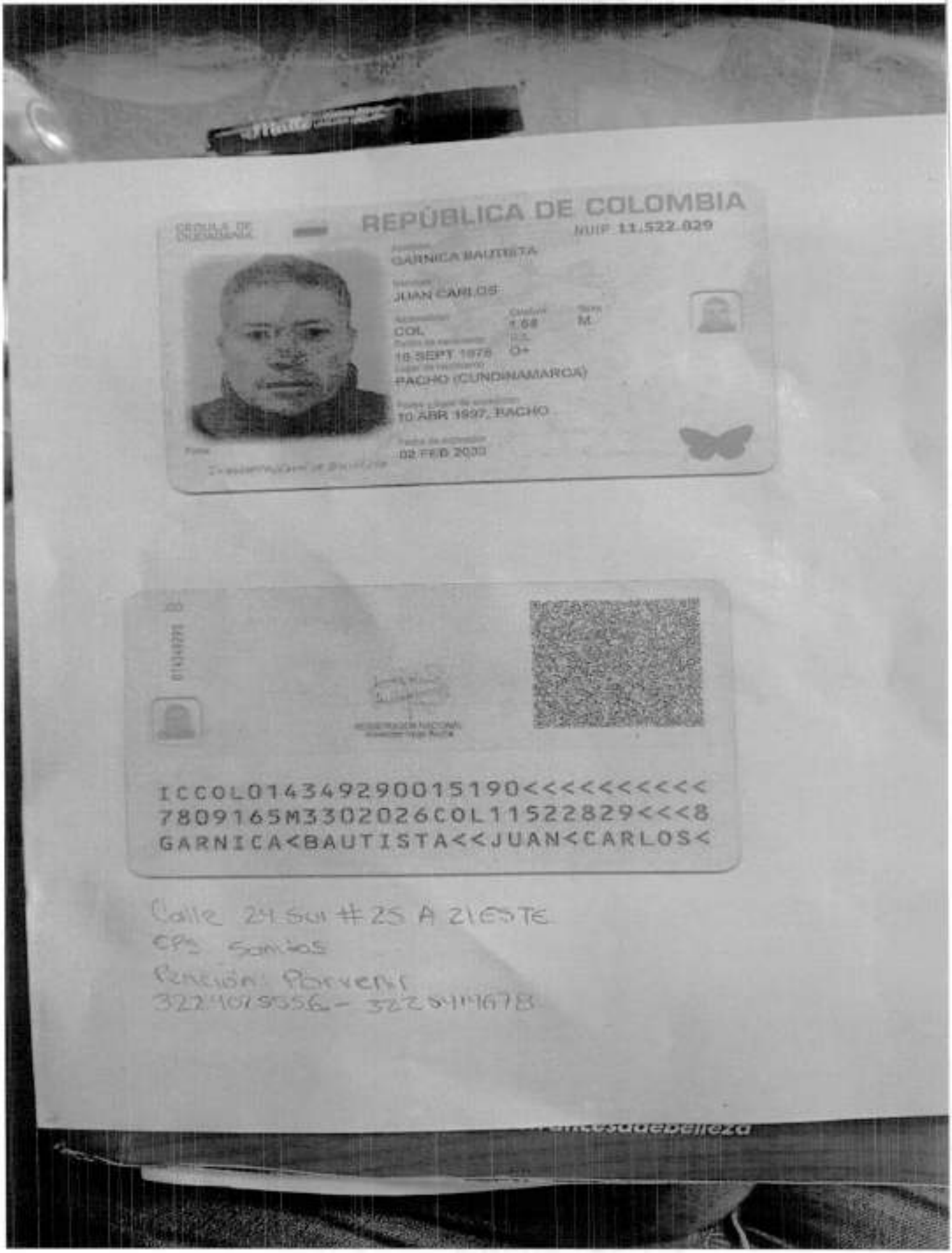
Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Dubaicr Isaza cuervo como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Dubaicr Isaza cuervo
Cédula: 1024529102


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 11.522.029
GARNICA BAUTISTA
JUAN CARLOS
COL
1.68
M
O+
16 SEPT 1978
PACHO (CUNDINAMARCA)
10 ABR 1997, PACHO
02 FEB 2030
ICCOL0143492900151 90<<<<<<<<<<<
7809165M3302026COL11522829<<<8
GARNICA<BAUTISTA<<JUAN<CARLOS<
Calle 24 Sur # 25 A 21 ESTE
EPS Sanitas
Parentesco: Parvent
3224079556 - 3228111678

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	79992215
Número Afiliación:	241992
Razón social:	JOSE CARLOS ARDILA MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	11522829
Nombre:	JUAN CARLOS GARNICA BAUTISTA
Fecha Ingreso:	26/03/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	25/03/2025 01:13:39 p. m.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11522829
NOMBRES Y APELLIDOS	Garnica Bautista, Juan Carlos
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/05/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo
EMPLEADOR	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ, C.C 79992215, Desde 25 de marzo de 2024.

La presente se expide a nombre de Garnica Bautista, Juan Carlos , a los 25 dias del mes de marzo del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS GARNICA BAUTISTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.522.829**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

Bogotá DC. 25 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 11522829
Nombres y Apellidos	JUAN CARLOS GARNICA BAUTISTA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	1 79992215
Razón Social Empleador	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	25/3/2025
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001

IQNet

VIGILADO SuperSubsidio

FOR-PGIE-0100

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 26-mar.-2025 **HORA** 11:05:51
EMPRESA Jose Carlos Ardila Muñoz Nit.79.992.215
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Juan Carlos Garnica Bautista
Edad 46 años 6 meses 10 dias
Documento de Identificación: CC Número: 11522829
Cargo MANTENIMIENTO DE PARQUES

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso protección auditiva- Ingresar PVER.

Optometria
Vision Lejana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
Vision Cercana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometria general.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio fisico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5 . *Disminución en la ingesta de alimentos altos en carbohidratos, grasas saturadas y azúcares refinados.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal
REMISIÓN A EPS?: SI. *Valoración con optometria en su entidad de salud para formulación y corrección de defecto visual refractivo.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografia y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

*El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**		
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma	Juan Carlos G	Huella
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Juan Carlos Garnica Bautista	
RM.	LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:	CC N°	11522829	

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CRZC-PR-SST-20
Versión: 01
Pág. 1 de 2
2024/11/26

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque San Cristobal	Nobre del trabajador:	Juan Carlos Garnica Bautista
Ubicación:	Parque San Cristobal	Cargo:	Ayudante
Teléfono:	3225919678	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SÁBADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
*Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
mplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
*Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presentan fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
Familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

*Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
*Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
*Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condición que pueda generar un riesgo en peatones o vehículos.



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vías.



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algún tipo de maniobra



SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN:



PROHIBICION:



OBLIGACION:



OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesitan para lograrlo
*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Cedula

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físicos 	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infranoja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Química 	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X	
Biológico 	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Ricketsias	X	
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos 	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad 	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatico)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publico(vandalismo, atracos, asentados)	X	
	Tecnologico(explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	X	
	Señalizacion	X	
Fenomenos naturales 	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial 	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona – tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZCON SAS , consecutivo por siguiente temporalidad en las cuales tenga participacion la compañia, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el objeto establecido segun su comercio. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.elsevillegas.com

NOMBRE: Juan Carlos Sanchez	CÉDULA: 1152208209	CARGO: Ayudante	RH: O X
DIRECCIÓN: Cll 35 SUR # 24A 21 Este	TEL / CEL: 3225919678	LOCALIDAD: San Cristobal	EDAD: 46
F. NACIMIENTO: 16 - 09 - 1978	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
	EPS: sanitas	AFP: Col Pensiones	
EXÁMENES MÉDICOS: 26 - 03 - 25	RESTRICCIONES MÉDICAS: NO	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Angie umba	ALERGIAS: NO	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO: Juan Carlos Sanchez 3225919678	FECHA: 27 - 03 - 25		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	parque San Cristobal	Fecha: 27-07-25	
Nombre	Juan Carlos Gonzalez B	Cargo: Ayudante	
Cedula:	11522829	Firma: Juan Carlos Gonzalez	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:
Cortada con segueta

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
Cumplir con los PePetes

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condición insegura	condición insegura	Acto inseguro
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
seguridad vial drogas y alcol

5. Mensione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
guantes botas cascos tapa oidos tapa bocas

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
no arrojar basura y ahorro de agua

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	X
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	X
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	X
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	X
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva	2	4	Señal reglamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 6

De Total de

CALIFICACIÓN: 46

FIRMA RESPONSABLE SST:

CONSORCIO

Bogotá D.C 27 - de 03 del 2025

Señor(a) Juan Carlos Garnica Bautista
Nombre:
Cargo: Ayudante
Ciudad Bogota. (CM)

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Juan Carlos Garnica B como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Juan Carlos Garnica Bautista
Nombre: Juan Carlos Garnica Bautista
Cédula: 1152282[illegible]

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CIGS-FR-007-26
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque Palermo	Nobre del trabajador:	Jeferson Arteaga S.
Ubicación:	Parque Palermo	Cargo:	
Teléfono:		Responsable SST:	ANGELIDA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L-V 4:30/ SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o matratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo.
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condición que puede generar un riesgo en peatones o vehículos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vías.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algún tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN: PROHIBICION: OBLIGACION:





POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.048.223.509

ARTEAGA SEHUANES

APELLIDOS

JEFFERSON MANUEL

NOMBRES

Jefferson Arteaga S.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1998

BARANOA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

06-ENE-2017 BARANOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01490235-M-1048223509-20250206 0143B04624A 1 8514401592

48

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	79992215
Número Afiliación:	241992
Razón social:	JOSE CARLOS ARDILA MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1048223509
Nombre:	JEFERSON MANUEL ARTEAGA SEHUANES
Fecha Ingreso:	03/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	02/04/2025 09:06:54 p. m.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

JEFFERSON MANUEL ARTEAGA SEHUANES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.048.223.509**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 2 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 2 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 2/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1048223509
Nombres y Apellidos	JEFFERSON MANUEL ARTEAGA SEHUANES
Tipo y Número de Identificación del Empleador	t 79992215
Razón Social Empleador	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	2/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	2/4/2025
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 3-abr.-2025 **HORA** 10:43:19
EMPRESA Jose Carlos Ardila Muñoz Nit.79.992.215
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Jefferson Manuel Arteaga Sehuanes
Edad 26 años 3 meses 11 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1048223509
Cargo AYUDANTE

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso protección auditiva.

Optometria
Vision Lejana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometria general.
Vision Cercana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometria general.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio fisico en forma habitual (Minimo tres veces a la semana) // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Este concepto no tiene alcance para aptitud en trabajo en alturas. 6. Debe usar sus lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana y/o cercana. // 7. *Disminución en la ingesta de alimentos altos en carbohidratos, grasas saturadas y azúcares refinados.
MÉDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal
Remisión a EPS: SI. *Valoración con optometría en su entidad de salud para formulación y corrección de defecto visual refractivo.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

*El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**		
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma	Jefferson Arteaga	Huella
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Jefferson Manuel Arteaga Sehuanes	
RM.	LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:	CC N°	1048223509	

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	/	
	Temperatura	/	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	/	
	Vibraciones	/	
	Presión Atmosférica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Láser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	/	
Químico	Material particulado	/	
	Polvos Orgánicos e Inorgánicos	/	
	Fibras	/	
	Líquidos (Nieblas y Rocíos)	/	
	Gases y vapores	/	
	Humos metálicos, no metálicos	/	
Biológico	Bacterias	/	
	Virus, Hongos	/	
	Ricketsias	/	
	parasitos	/	
	picaduras y mordeduras	/	
	Covid 19	/	
	Fluidos o excrementos	/	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	/	
	Esfuerzo	/	
	Levantamiento de cargas	/	
	Movimiento repetitivo	/	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	/	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	/	
	Eléctrico (alta y baja tensión, estáticas)	/	
	Trabajo en alturas	/	
	Accidentes de tránsito	/	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, secuestros)	/	
	Tecnológico (explosivos, fuga, derrame, incendio)	/	
	Espacios confinados	/	
	Ergonomicos	/	
Fenomenos naturales	Sismo	/	
	Tsunamis	/	
	Vendaval	/	
	Inundacion	/	
	Derrumbe	/	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	/	
Psicosocial	Diseño organizacional		X
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	/	
	Condiciones de la tarea	/	
	Interfase persona – tarea	/	
	Jornada de trabajo	/	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular (persona natural) autoriza a BELIZ DE SAS , consecionario para realizar el tratamiento de sus datos personales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de ejecutar el tratamiento establecido según lo contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento de datos disponible en la pagina web www.melandingas.com

NOMBRE: Jeferson Antonio Salcedo	CEDULA: 1048223509	CARGO: ayudante	EX: 07
DIRECCION:	TEL / CEL:	LOCALIDAD: Galicia	EDAD: 26
FECHA NACIMIENTO: 22-12-1998	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS:	AFP:	

EXAMENES MEDICOS: 3 de abril	RESTRICCIONES MEDICAS: NO	CUAL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: 3003890708	ALERGIAS: NO NO	CUAL? NO	
FIRMA EMPLEADO: Jeferson Antonio S. Graisy	FECHA: 11-04-25		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Parque Pahaima	Fecha:	11-04-14
Nombre	Jeferson Astaiza	Cargo:	ayudante
Cedula:	1048225509	Firma:	Jeferson Astaiza S

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:

cortada con uso Pulidora

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:

evitar accidente

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura



condicion insegura



acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:

casco, guante, tapa oido, bota, botacion

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Palabras seguido adios

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:

Botar basura, ahorro del agua, no daños los arboles

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Protaccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de	CALIFICACIÓN: A5 FIRMA RESPONSABLE SST:

CONSORCIO

Bogotá 11 de 04 del 2025

Señor(a): Jeferson Manuel Arteaga Salvans
CC.: 1048223509

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 03-04-25, en su **IPS** Sanidad, como cargo ayudante se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Practicar ejercicio físico en forma habitual mínimo tres veces a la semana, incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral, uso de elementos de protección personal

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Jeferson Arteaga S.
TRABAJADOR

55

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 5.972.793



Apellidos
VAQUÍRO LEAL

Nombres
JOSE MAURICIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.71	M

Fecha de nacimiento
18 FEB 1977

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ORTEGA (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
04 SEPT 1995, ORTEGA

Firma

Fecha de expiración
13 AGO 2034

CO

052372085

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL052372085029085<<<<<<<<<<<
7702185M3408135COL5972793<<<<4
VAQUIRO<LEAL<<JOSE<MAURICIO<<<

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	79992215
Número Afiliación:	241992
Razón social:	JOSE CARLOS ARDILA MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	5972793
Nombre:	JOSE MAURICIO VAQUIRO LEAL
Fecha Ingreso:	22/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/04/2025 12:08:45 p. m.

Salud Total EPS

Bogotá, 21/04/2025

Señor(a)
JOSE MAURICIO VAQUIRO LEAL
C – 5972793

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014581406
Fecha Radicación: 04/21/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ C 7992215, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JOSE MAURUCIO VAQUIRO LEAL	C	18/02/1977	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 05/21/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 32F 81B 14 IN 202 BL 5
Dirección Laboral: CL 32F 81B 14 IN 202 BL 5
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 04/21/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE MAURICIO VAQUIRO LEAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5972793,** se encuentra afiliado/a desde **14/10/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de abril de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

compensar

Bogotá DC. 21 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 5972793
Nombres y Apellidos	JOSE MAURICIO VAQUIRO LEAL
Tipo y Número de Identificación del Empleador	1 79992215
Razón Social Empleador	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/4/2025
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 008514pDS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

GSDS-PR-007-28
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/1/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque Porvenir	Nombre del trabajador:	JOSE mauricio valbuena
Ubicación:	Parque porvenir	Cargo:	ayudante
Teléfono:	3142766957	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L-V 4:30 SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o matoneo
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas circulares al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No alterar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consume los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en Casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en peatones o vehículos



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra



SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACION:



PROHIBICION:



OBLIGACION:



POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X	
	Iluminación	X	
	Ventilación (Exceso o Deficiencia)	X	
	Vibraciones	X	
	Presión Atmosférica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Gama, X y Beta)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Luz visible, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químico	Material particulado	X	
	Polvos Orgánicos e Inorgánicos	X	
	Fibras	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocíos)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metálicos, no metálicos	X	
Biológico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Picaduras	X	
	Mordeduras	X	
	Fluidos y excrementos	X	
	Virus COVID 19	X	
	Parásitos	X	
Biomecánicos	Postura prolongada, mantenida, forzada	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, etc.)	X	
	Locativo (materiales y medios de almacenamiento)	X	
	Tecnológico (explosivo, fuga, derrame, incendio)	X	
	Eléctrico	X	
	Accidentes de tránsito	X	
	Públicos (robo, asalto, atraco, abaltamiento)	X	
	Trabajos en alturas	X	
	Espacios confinados	X	
	Excavaciones	X	
Fenómenos naturales	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundación	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestión organizacional	X	
	Características de la organización del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES

APLICA: Personal Propio, auxiliatura de mano de obra y visitante (para este último solo se debe suministrar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Declaro el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELICON SAS , consumos por ahorros temporales en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de ejecutar el tratado establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a la establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la página web: www.belicon.com

NOMBRE: [illegible]	CÉDULA: 5972793	CARGO: AYUDANTE	No: 04
DIRECCIÓN: [illegible]	TEL / CEL: 3142766957	LOCALIDAD: Ciudad Bolivar	EDAD: 48
FECHA NACIMIENTO: 18 FEBRERO 1977	SUMINISTRO DE AGUA DE CASA		
ARL: SURA	EPS: Salud TOTAL	AFP: COLPENSIONES	
EXAMENES MÉDICOS: 21 abril 2025	RESTRICCIONES MÉDICAS: NO	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Maria 3208087288	ALERGIAS: NO	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO: [signature]	FECHA: 25-abril 2025		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CSZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 3
Obra o Centro de trabajo:	Parque Peruano	Fecha: 25-04-25	
Nombre	Mauricio Vaquero	Cargo: ayudante	
Cedula:	5972793	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
una caida	usar sus elementos de proteccion

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura	condicion insegura	acto insegura
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
Botas Gafas Guantes tapa oidos

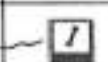
5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
Politica seguridad vial

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
No fumar no cortar los arboles

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de CALIFICACIÓN: FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

CONSORCIO

Bogotá D.C ____- de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: mauricio vallejo 1991
Cargo: ayudante
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo mauricio vallejo 1991 como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: mauricio
Cédula: 5972793

Powered by CamScanner



Fecha: [illegible]

Señores: [illegible]

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
DE INGRESO

Por medio de la presente se informa a [illegible] que se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el [illegible] en su IPS [illegible], como sigue: [illegible] se le solicita acatar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de su implementación del cual cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Practicar ejercicio físico incluir y hacer seguimiento de los sistemas de vigilancia implementados en la empresa, de acuerdo con la exposición laboral. Hábitos saludables y mantener rutina

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner



13-JUN-1991
FECHA DE NACIMIENTO

PUENTE NACIONAL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

07-JUL-2009 FIRAVITOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

A 2716600-00942738 M 1051589363 20171004 00577

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.051.589.363

TORRES VILLAMIL
APELLIDOS

JOSE LUIS
NOMBRES



Jose Luis Torres
FIRMA

Eps: capital salud
Pensión : porvenir

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	79992215
Número Afiliación:	241992
Razón social:	JOSE CARLOS ARDILA MUNOZ

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1051589363
Nombre:	JOSE LUIS TORRES VILLAMIL
Fecha Ingreso:	22/04/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	21/04/2025 11:03:05 a. m.

Salud Total

Bogotá, 21/04/2025

Señor(a)
JOSE LUIS TORRES VILLAMIL
C – 1051589363

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4014581406
Fecha Radicación: 04/21/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ C 7992215, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JOSE LUIS TORRES VILLAMIL	C	13/06/1991	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 05/21/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 32F 81B 14 IN 202 BL 5
Dirección Laboral: CL 32F 81B 14 IN 202 BL 5
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 04/21/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS TORRES VILLAMIL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.051.589.363**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

Bogotá DC. 21 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1051589363
Nombres y Apellidos	JOSE LUIS TORRES VILLAMIL
Tipo y Número de Identificación del Empleador	1 79992215
Razón Social Empleador	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	21/4/2025
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 030310vTS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

70

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 21-abr.-2025 **HORA** 09:57:29
EMPRESA Jose Carlos Ardila Muñoz Nit.79.992.215
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Jose Luis Torres Villamil
Edad 33 años 10 meses 8 días
Documento de Identificación: CC Número: 1051589363
Cargo AYUDANTE

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso protección auditiva- Ingresar PVER.

Optometria
Vision Lejana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometria general.
Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana) // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Este concepto no tiene alcance para aptitud en trabajo en alturas.
6. Debe usar sus lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana.
MÉDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal
Remisión a EPS: SI. *Valoración con optometria en su entidad de salud para formulación y corrección de defecto visual refractivo.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leido y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

*El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**		
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma	Jose Luis Torres	Huella
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Jose Luis Torres Villamil	
RM.	LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:	CC N°	1051589363	

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

Obra o Centro de trabajo:	Parque Palestina
Ubicación:	Palestina
Teléfono:	310 726 53 76

Nombre del trabajador:	Jose Luis Toro U.
Cargo:	ayudante de obra
Responsable SST:	

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada	7:30 AM
Almuerzo	1 HORA
Salida	L - V 4:30; SÁBADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltrato
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar las Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos tratados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Proteger los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (pulsos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente de al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté laborando, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condición que puede generar un riesgo en peatones o vehículos



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vías



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algún tipo de maniobra



SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN:



PROHIBICIÓN:



OBLIGACIÓN:



POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A: Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos(robos,asaltos, atracos, amenazas)	X	
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Químico	Material particulado	X			Espacios confinados	X	
	Polvos Organicos e inorganicos	X			Excavaciones	X	
	Fibras	X		Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nebliza y Rocio)	X			Temporal	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X			Inundacion	X	
Biológico	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	Picaduras	X		Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	mordeduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	fluidos o excrementos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe suministrar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la obra que ejecuto y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular(es) (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELLOSAS, conformado por uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra politica de tratamiento. Esta disponible en la pagina web: www.mejoryforge.com

NOMBRE: Jose Luis Torres V.	CEDULA: 1023589563	CARGO: Ayudante obra	RH: A+
DIRECCION: Boza Pavcali	TELEFEL: 3107763376	LOCALIDAD: boza	EDAD: 33
FECHA NACIMIENTO: 13-06-91	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA		
ARL: Sura	EPS: Capital Salud	AFP: Porvenir	
EXAMENES MEDICOS: 21-4-25	RESTRICCIONES MEDICAS: NO X CUAL?		
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Elias Sanchez 323 230 09 40	ALERGIAS: NO X CUAL?		
FIRMA EMPLEADO: Jose Luis Torres V.	FECHA: 25-4-25		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CDZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Parque Pedestina	Fecha: 7	25 - 04 - 25
Nombre:	Jose Luis Torres	Cargo:	ayudante obra
Cedula:	1051589365	Firma:	Jose Luis Torres

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:
machucon con herramienta

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
mantener seguridad y accidente de personas

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion



condicion



acto inseguro



4. Mencione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
guantes gafas botas y casco

5. Mencione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
Riesgos y alcohol Politica seguridad vial

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
No botar basura aseo y no sustancias quimicas

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
Se debe realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal informativa		6	Señal informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,8, califique en los siguientes rangos

Se 1 a 4: Valor calificación 0,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas contestadas): Valor de la calificación 5	De Total de
CALIFICACIÓN:	
FIRMA RESPONSABLE SST:	

Powered by CamScanner

Bogotá D.C ___- de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Jose luis Torres
Cargo: ayudante obra
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Jose luis Torres V. como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Jose luis Torres
Nombre: Jose luis Torres
Cédula: 1051589363

Powered by CamScanner

75

Bogotá 25 de 4 del 2025

Señor(a): Jose luis Tovar
CC.: 7031589 363

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON II** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el dia 21-04-25, en su **IPS** Servisalud, como cargo ayudante obra se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (x)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Practicar Ejercicio Físico en forma habitual mínimo Tres veces a la Semana incluir y hacer Seguimientos en los sistemas de Vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con su Exposición laboral y permitir uso adecuado de elementos protección Personal

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Jose Luis Tovar V.
TRABAJADOR

Powered by CamScanner



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-1991**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-NOV-2009 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00244728-F-1110517297-20100714 **0022**760185A 1 34444255

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 04 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO BELZCON IDRD 1.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1110517297	ORDOÑEZ COCA PAULA ANDREA	07/04/2025		WBD231x1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/04/2025 16:22:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.204.180.55, 192.230.104.1, 172.16.42.57

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) PAULA ANDREA ORDO?EZ COCA identificado(a) con CC 1110517297 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/12/2018

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS**

Categoria: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 4 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA ORDOÑEZ COCA, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.110.517.297**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1110517297-851219

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 abr. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	PAULA ANDREA ORDOÑEZ COCA	**Identificación:**	1110517297
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	NA **Móvil:** 3167521113
Fecha Nacimiento:	8/11/1991	**Cargo:**	RESIDENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	KR 81 A B B 30	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	BELZCON SAS	**Peso: 54 Talla: 162 IMC: 20.58**	
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CONSORCIO BELZCON		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTEDCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZACION DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad pleno y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad pleno y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

81

MD. Jorge Alberto Vargas Castro
R.M. 1354/22 - Especialista SST
Licencia 26 de 04/01/2022

Médico Especialista en Salud Laboral
JORGE ALBERTO VARGAS CASTRO
R.M: 1354 Lic 26/2022



Firma y cédula del Paciente
PAULA ANDREA ORDOÑEZ COCA
1110517297

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

Consecutivo: 1110517297 '-' 851219

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	5/04/2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	PAULA ANDREA ORDOÑEZ COCA	**Identificación:**	1110517297
Género:	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono:**	NA **Móvil:** 3167521113
Fecha Nacimiento:	8/11/1991	**Cargo:**	RESIDENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	KR 81 A 8 B 30	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa:	CONSORCIO BELZCON		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Mediante el presente informe del Examen Médico Ocupacional que le fue realizado por ZONAMEDICA MR SAS - IPS como proveedor de evaluaciones ocupacionales en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, hacemos entrega de las Recomendaciones y Remisiones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

Restricciones

NO

Remisiones

NO

Recomendaciones por especialidad

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL
OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZACION DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN

OBSERVACIONES

Recuerde presentar la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa.

CONSORCIO BELZCON

MD. Jorge Alberto Vargas Castro
R.M. 1354/22 - Especialista SST
Licencia 26 de 04/01/2022

JORGE ALBERTO VARGAS CASTRO — R.M. 1354 Lic 26/2022
Médico Especialista en Salud Laboral

Firma encargado SG - SST

Firma recibido trabajador

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBDZ-PR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Consorcio Belecon IDRD-Cto 980	Nobre del trabajador:	Paula Andrea Ordóñez Cora
Ubicación:	Parques	Cargo:	Residente Administrativa
Teléfono:	3167521113	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SÁBADOS 12:00 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo o incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre la espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Alturia
* Cuando este lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es ubicada para indicar prohibicion ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de actividad

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:

NO FUME

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Física	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)		X
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Electrico (alta y baja tension, estaticos)		X
	Vibraciones		X		Trabajo en alturas		X
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos(robos,asaltos, atracos, asentamos)	X	
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Quimico	Material particulado	X			Espacios confinados		X
	Polvos Organicos e Inorganicos	X			Excavaciones		X
	Fibras		X	Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)		X		Tormenta	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	Humos metalicos, no metalicos		X		Inundacion		X
Biologico	Bacterias	X			Derrumbe		X
	Virus, Hongos	X			Proyectiles (Balas, granadas)	X	
	Rickettsias	X		Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicasde la organizacion del trabajo	X	
	picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	Fluidos o excrementos		X		Jornada de trabajo	X	
Biomecanico	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo		X				
	Levantamiento de cargas		X	APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZOON SAS , consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra politica de tratamiento Datos disponible en la pagina web www.riesgosbelgas.com

NOMBRE: Paula Andrea Ordoñez Cano	CEDULA: 1105172497	CARGO: Residente Admin	RH: O+
DIRECCIÓN: Cra 81A #8B-30 Apto 1	TEL/CEL: 3167521113	LOCALIDAD: Kenedy	EDAD: 33 años
FA NACIMIENTO: 08-Nov-1991	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: N/A		
ARL: SURA	EPS: Nueva EPS	AFP: Porvenir	

EXAMENES MÉDICOS: 05-Abril-2025	RESTRICCIONES MEDICAS:	NO X	CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Viviana Rico-3103468093	ALERGIAS:	NO X	CUÁL?
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 07-Abril-2025.		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Consorcio Belcon IDRD-4060	Fecha: 07/04/2025	
Nombre	Paulo Andres Ordóñez C.	Cargo: Residente Admin	
Cedula:	1110517297	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
Caída a causa de una superficie lisa	-Cumplir con las políticas y el Plan de Trabajo de la empresa

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condición Insegura	Condición Insegura	Acto Inseguro
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
Casco - Botas - Tapa oidos - Gafas

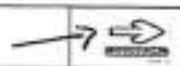
5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
Mejoramiento continuo de las políticas SG-SST

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
- Consumir los recursos necesarios ; - Utilizar de manera adecuada los baños

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de CALIFICACIÓN: FIRMA RESPONSABLE SST:

85

Bogotá 07 de Abril del 2025

Señor(a): Paula Andrea Ordoñez Cala
CC.: 1.110.617.297

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 05-Abril-2025 en su IPS Foramedicos, como cargo Residente Ambi. se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES: NO

RECOMENDACIONES:

1. Control Anual, Pautas de Cuidado Auditivo.
2. Realizar Actividad Física.
3. Control Anual.
4. Hábitos de vida Saludable.
5. Pausas activas
6. Fortalecimiento Rotador Espalda y Abdomen.

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

CONSORCIO

Bogotá D.C 07 - de Abril del 2025

Señor(a)
Nombre: Paula Andrea Ordóñez Coca
Cargo: Residente Administrativo
Ciudad

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Paula Andrea Ordóñez Coca como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) dias hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Paula Andrea Ordóñez Coca
Cédula: 1110.517.297


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
5.360.261
ANGULO RIASCO
CALIXTO


08-DIC-1968
TUMACO
(NARIÑO)
1.72
AB+
M
11-DIC-1989 TUMACO

ARL | sura

Medellín, 21 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C5360261	ANGULO RIASCO CALIXTO	23/04/2025		42Gy1279	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 23:45:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.208.239, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

89

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4314591814	2[2]0[4]2[0]2[5]

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ANGULO (Primer apellido)	RAMOS (Segundo apellido)	CALIXTO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	5360281	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: NARIÑO	Municipio: TUMACO	1967/10/08

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia			
CL 54 B 585 NO 102 06 Dirección	Telefono fijo	3115208366 Telefono celular	3115208366@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	170 Localidad / comuna	2018 Zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	Pais	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoria	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono FIjo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Instituciones Prestadoras de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO	VSVILLAORI - VSVILLAORI
01	-	-
02	-	-
03	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHC INGENIERS SAS	NIT	900562174	01

59.Ubicación				
CL 127 SIS 90 07 Dirección	4645795 Telefono fijo o celular	JHCINGENIERIOS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

90

No de Radicacion
4014591814

II. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la Identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad D/M/A	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Salud .

73. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.

75. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consista la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

DE ADRES Y PRIMAS Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

OBSERVACIONES

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

CALIXTO ANGULO RIASCO, identificado(a) con cédula de ciudadania **5.360.261**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

Bogotá DC. 22 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 5380261
Nombres y Apellidos	CALIXTO ANGULO RIASCO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900552174
Razón Social Empleador	JHC INGENIEROS SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	23/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	22/4/2025
Cargo	OFICIAL DE OBRA
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 005256vLS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: CALIXTO ANGULO RIASCO
Fecha de nacimiento: 08/12/1968
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE OBRA

CC: 5360261
Edad: 56 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 08:50:12
Fecha salida: 2025-04-21 / 09:56:58



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICION VISUAL:

CONDICIÓN AUDITIVA:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS.
- CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.

OTRAS:: PROTECCIÓN AUDITIVA PARA EXPOSICIÓN MAYOR A 85 DB Y CONTROL PERIODICO.

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

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

CALIXTO

CALIXTO ANGULO RIASCO
CC: 5360261
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: CALIXTO ANGULO RIASCO
Fecha de nacimiento: 08/12/1968
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE OBRA

CC: 5360261
Edad: 56 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 08:50:12
Fecha salida: 2025-04-21 / 09:56:58



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS. - CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.
2. OTRAS:: PROTECCIÓN AUDITIVA PARA EXPOSICIÓN MAYOR A 85 DB Y CONTROL PERIODICO.

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

CALIXTO

CALIXTO ANGULO RIASCO
CC: 5360261
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

12.62
PADILLA DIAZ
EDILBERTO





FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1969
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1987 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00129968-M-0012624515-20081119 0006445035A 2 1310025157

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Tipo de documento: IC

NUIP: 12.624.515



Apellidos

PADILLA DIAZ

Nombres

EDILBERTO

Fecha de nacimiento **29 MAYO 1969**

COMPARTIR

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 21 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C12624515	PADILLA DIAZ EDILBERTO	23/04/2025		16319193	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 23:39:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.208.239, 198.143.41.38, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014561674	2|2|8|4|2|0|2|5

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

1. Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo afiliacion: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ Colectivo Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐
3. Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
PADILLA (Primer apellido)	DIAZ (Segundo apellido)	EDILBERTO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento
CC	1082445 15	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: CIENAGA	23/05/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26. Residencia			
CL 93 # 13... Dirección	Telefono fijo	3185706120 Telefono celular	3185706120@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona: Urbano cabecera municipal ☒ Urbano centro poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País: Departamento: Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar Nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad Permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoria	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UCSI DENTOCLASSIX OLAYA	OSOLAYA - DENTOCLAYA
01	-	-
02	-	-
03	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHC INGENIEROS SAS	NIT	900522174	01

59. Ubicación				
CL 127 BIS 85 07 Dirección	4949708 Telefono fijo o celular	JHONDENEYROSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014591674

5. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado Código: ☐	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo/Especial o de Excepción

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaración de no inscripción del cotizante cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73. ☐ Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

74. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran

75. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

83. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

Apellidos y Nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDILBERTO PADILLA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.624.515**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Abril de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 12624515
Nombre	: EDILBERTO PADILLA DIAZ
Empresa/Contratante	: JHC INGENIEROS SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900552174
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/04/22
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/04/23
Estado	: Afiliado
Categoria	: A

La presente certificación se expide con destino a QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 007802xTA

icontec ISO 9001

IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

102

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 38-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: EDILBERTO PADILLA DIAZ
Fecha de nacimiento: 29/05/1969
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CC: 12624515
Edad: 55 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 08:58:08
Fecha salida: 2025-04-21 / 10:08:50



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICION VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

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

DR. MANUEL SUAREZ

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ
CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

EDILBERTO PADILLA DIAZ
CC: 12624515
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: EDILBERTO PADILLA DIAZ
Fecha de nacimiento: 29/05/1969
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CC: 12624515
Edad: 55 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 08:58:08
Fecha salida: 2025-04-21 / 10:08:50



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

DR. MANUEL SUAREZ

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

EDILBERTO PADILLA DIAZ
CC: 12624515
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CONSTRUCTORA

ORGANIZACIÓN

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

NORMAS

RIESGOS Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

NORMAS AMBIENTALES

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El Trabajo en Seguridad y la Salud en Vida

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA. Se utiliza para indicar la proximidad de algún condición que puede generar un riesgo en personas o elementos.

SEÑAL INFORMATIVA. Son aquellas que son proporcionar información en un uso.

SEÑAL REGLAMENTARIA. Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para realizar algún tipo de maniobra.

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

INFORMACIÓN	PROHIBICIÓN	OBLIGACIÓN
		NO FUME

OBJETIVOS DEL SG - SST	POLÍTICAS SST
*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa	*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
*Tener en los objetivos trazados, Unas metas e indicadores	*Mejoramiento continuo de los procesos en SG SST
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa	*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG SST
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física	* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto	*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físicos	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecánico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)	X			Eléctrico (alta y baja tensión, estáticos)	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos (robos,asaltos, atracos, atentados)	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Quimicos	Material particulado	X			Espacios confinados	X	
	Vapores Organicos e inorganicos	X			Excavaciones	X	
	Fibras	X		Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X			Tormenta	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X			Inundacion	X	
Biologicos	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	Roedores	X		Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	Fluidos o excrementos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura prolongada, mantenida, forzada	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe solicitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZCON SAS , consolidar y/o unicamente tiempo solo en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra politica de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.mipavitegas.com

NOMBRE: Edilberto Padilla	CÉDULA: 1.614.515	CARGO: oficial	RH: N O		
DIRECCIÓN:	TEL / CEL: 3212378991	LOCALIDAD: usme	EDAD: 36		
FECHA NACIMIENTO: 29 de mayo 1969	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:				
ARL: Sura	EPS: salud total	AFP: fondo de pensiones			
EXÁMENES MÉDICOS: 21 de 0425	RESTRICCIONES MÉDICAS: X NO	CUÁL?			
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: 3108000020	ALERGIAS: NO X	CUÁL?			
FIRMA EMPLEADO: Padilla Diaz	FECHA: 23 04 2025				

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CGZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Palacio del Deporte	Fecha: 23 09 2025	
Nombre	Gilberto Padilla.	Cargo: oficial	
Cedula:	12624 515	Firma: Padilla	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
Tabla con puntilla	Evitar accidente

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion Insegura	Condicion Insegura	acto Inseguro
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
casco bota guantes gafas

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
seguridad en el trabajo

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
ahorro del agua no botar basura

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal informativa		6	Señal informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,8 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de CALIFICACIÓN: FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá D.c. de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Edgardo Padilla
Cargo: Oficial
Ciudad: Bogotá

NOTIFICACIÓN EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Edgardo Padilla como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Padilla
Nombre: Edgardo Padilla Diaz
Cédula: 12 624 515

Powered by CamScanner

23 04 2025

Bogotá 23 de 04 del 2025

Señor(a): Edilberto Padilla
CC.: 12624515

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 21, en su **IPS** Sanitas como cargo oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Condicion Visual - Valoracion optometrica
Pausas Activas - Valoracion control manual

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Padilla
TRABAJADOR

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 98.362.534
DEL CASTILLO
APELLIDOS
CARLOS ALFONSO
NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1970
PUPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-NOV-1988 PUPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500100-00126405-M-0098362534-20081110
0005677200A 1
1390019640

ARL | sura

Medellín, 21 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre		Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001	PRINCIPAL DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C98362534	DEL CASTILLO	CARLOS ALFONSO	23/04/2025		164e24f2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 23:32:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.206.239, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

///

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9011980569
9011980569

No. de Radicado: 29205773

Fecha de Radicación: 23 04 2025

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

4. Apellidos y nombres			
DEL CASTILLO		CARLOS	ALFONSO
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino / Masculino X	10. Fecha de nacimiento
CC	98362534		08 04 1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Cuál	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de pensiones
				SERVICIOS GENERALES EMPRESARIALES S.A.

17. Ingreso laboral o mensualidad en $	18. Residencia			
$1.423.500			Zona: Urbana / Rural	

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo V	H	M	Cotizante V	F	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional a cargo por la EPS
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
1		
2		
3		

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

35. Razón social o apellidos y nombres completos	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación o NIT	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHC INGENIEROS SAS	NT	900552174	

39. Dirección	40. Teléfono fijo y/o celular	41. Ciudad	42. Departamento
CL 127 BIS 88 07 INT 1 CS 11	31848240	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

VI. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la suspensión en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reactivación en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para manejar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para manejar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado A. Interno Régimen ☐ B. Externo Régimen ☐ 15. Retiro de beneficiarios ☐ 16. Retiro del cónyuge o compañero(a) permanente ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	47. Fecha novedad
				23 04 2025

45. EPS anterior	46. Motivo de traslado: Código	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Certificación de régimen especial o cabeza de familia de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Certificación de la no afiliación de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Certificación de existencia de vínculo, si bien existe o cuya falta de pago obedece a omisión en los documentos que acreditan la condición de cotizante(s)
49. Certificación de no cotización del cónyuge, cabeza de familia, compañero(a) afiliado a otra Entidad Promotora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS suministre y obtenga datos y pruebas de historia clínica del cónyuge o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS ingrese la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados registrados y a las entidades públicas que por ley tengan la obligación
52. Autorización para que la EPS realice los descuentos del cotizante a cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información a direcciones electrónicas y celulares como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante o cabeza de familia	Firma del representante legal o apoderado

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: T.I. / R.C. / C.C. / C.E. / P.E. / P.P. / P.A. / M.S.
Cotizante ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐

55. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, acta de constitución o sentencia judicial que declare la cesación de la unión marital
57. Copia de certificación de adopción o acta de entrega del menor
58. Copia del acta judicial o del acto administrativo de custodia
59. Copia del documento en que conste la garantía de la patria potestad o el certificado de defensoría de familia público o el documento suscrito por el cotizante sobre la asunción de la obligación
60. Copia de la autorización de ingreso que expida la Superintendencia Nacional de Salud
61. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
62. Copia del acto administrativo o providencia de los procesos competentes en la que conste la calidad de beneficiario o la ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

63. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio	Código de departamento	67. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos entregados en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

112

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.362.534**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

compensar

Bogotá DC. 22 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 98362534
Nombres y Apellidos	CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900552174
Razón Social Empleador	JHC INGENIEROS SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	22/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	22/4/2025
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el codigo 016320HyS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

114

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCION:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO
Fecha de nacimiento: 08/04/1970
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CC: 98362534
Edad: 55 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 07:03:10
Fecha salida: 2025-04-21 / 08:31:28



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

;

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS.
- CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.

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

KARLA LISBETH CANELÓN ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO
CC: 98362534
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO **CC:** 98362534
Fecha de nacimiento: 08/04/1970 **Edad:** 55 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: JHC INGENIEROS SAS **Fecha ingreso:** 2025-04-21 / 07:03:10
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2025-04-21 / 08:31:28
Cargo: AYUDANTE DE OBRA



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

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS. - CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO
CC: 98362534
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

GSTC-FR-SST-20
Versión: 01
FECHA: 1-de-3
2018/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACION	
Obra o Centro de trabajo:	palacio de los deportes	Nobre del trabajador:	Carlos del castillo
Ubicación:	Palacio de los deportes	Cargo:	oficial
Teléfono:	3144874282	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1:00 P.M.
Salida:	5:00 P.M. SABADOS 10:00 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley cumpliendo la confidencialidad y la reserva de con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Reportar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra



SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACION:



PROHIBICION:



OBLIGACION:



OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLITICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físicos	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia)	X	
	Vibraciones	X	
	Presión atmosférica (Normal o Ajustada)		X
	Radiaciones ionizantes (Rayos X, Gama, α y ß)		X
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Ondas Hertzianas y Microondas)	X	
Químicos	Material particulado	X	
	Polvos Orgánicos e Inorgánicos	X	
	Fibras	X	
	Líquidos (Nieblas y Rocíos)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos Metálicos, no Metálicos	X	
Biológicos	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Picaduras	X	
	Parasitos	X	
	Animales y Insectos	X	
	Covid 19	X	
	Fluidos o excrementos	X	
Sobreesfuerzos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecánicos (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, etc)	X	
	Locativos (Material y medios de almacenamiento)	X	
	Eléctricos (alta y baja tensión, estática)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de tránsito	X	
	Públicos (robos,asalto, atracos, abordajes)	X	
	Tecnológicos (explosión, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	X	
	Excavaciones	X	
Fenómenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundación	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestión organizacional	X	
	Características de la organización del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES

APLICA: Personal Propio, contratista de mano de obra y visitante (para este último solo se debe señalizar los peligros a los que estará expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la información con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que ejecuto y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Como titular de la información, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a COMPAÑIA DE EXPLOSIVOS S.A., para que realice el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente formato, de acuerdo con la finalidad establecida en la autorización, en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De igual forma, declaro que he sido informado sobre mis derechos como titular de la información, los canales de atención dispuestos por la compañía para ejercerlos y la ubicación de la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web: www.explosivos.com.co

NOMBRE: Carlos del castillo	CEDULA: 98762534	CARGO: oficial	No: 04
DIRECCION: Cl 92 Bsur #2-59 sur	TEL./CEL.: 3144819482	ACTIVIDAD: S U S M C	EDAD: 55
FECHA NACIMIENTO: 8-4-1970	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
ARL: Sura	EPS: Famisanar	AFP: porvenir	
EXAMENES MÉDICOS: 21-4-2025	RESTRICCIONES MÉDICAS: X	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Marlen Ramirez 3134490031	ALERGIAS: X	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 23-4-2025		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL	CDZC-FR-SST-69 Version: 01 PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	palacio de los deportes	Fecha: 23-4-2025	
Nombre	Carlos del castillo	Cargo: oficial	
Cedula	98362534	Firma:	

1. Da un ejemplo de accidente de trabajo:
pinchazo con puntilla

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
evitar accidentes

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condición insegura



condición insegura



acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
guantes gafas tapabocas casco botas

5. Mensione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
politicas de alcolismos y drogas

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
no votar basura ahorro del agua

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique:

1	Señal Preventiva		4	Señal regulamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,6. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de
CALIFICACIÓN:	
FIRMA RESPONSABLE SST:	

Powered by CamScanner

Bogotá D.C ____- de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Carlos del Castillo
Cargo: oficial
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Carlos del castillo como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Carlos del Castillo
Cédula: 98762534

Powered by CamScanner

Bogotá 23 de 4 del 2025

Señor(a): Carlos del castillo
CC.: 98362534

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el dia 21, en su IPS Candiatra, como cargo oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Nutricionales - Cambios estilo de vida
Valoracion optometrica - Dieta balanceada
Requiere uso de lentes correctivos
control periodico por optometria

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1962**

TIBANA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-AGO-1981 VILLAPINZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00171591-M-0003241869-20090821 **0015**24424A 2 1340104929

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.241.869**

MORENO CASTELBLANCO

APELLIDOS

LUIS HERNANDO

NOMBRES

FIRMA



123

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 21 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 8.96 %		
C3241869	MORENO CASTELBLANCO LUIS HERNANDO	23/04/2025		22313320	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 23:42:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.208.239, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación	Fecha de Radicación
4014591753	2|2|0|4|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MORENO (Primer apellido)	CASTELBLANCO (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	HERNANDO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	3241869	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: BOYACA	Municipio: TIBANA		09/09/1952

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos geograficos

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

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

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

26.Residencia			
TV 49 60C 11SUR (Dirección)	Teléfono fijo	3115299358 (Teléfono celular)	3115299358@GMAIL.COM (Correo electrónico)
BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	N° (Localidad / comuna)	Zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

35. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01			
02			
03			
04			
05			

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico (Femenino/Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	41.Lugar Nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42.Fecha de nacimiento
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN (SI / NO)	48.Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo)	49.Discapacidad (SI / NO / Categoria)	50.Incapacidad Permanente (SI / NO)
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Solicitar de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
D	-	-
D	-	-
D	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHC INGENIEROS SAS	NIT	900582774	01

59.Ubicación				
CL 127 58D 88 07 (Dirección)	4646708 (Teléfono fijo o celular)	JHCINGENIEROSAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

M-PYGA-F001 V 1.0-2015

125

No de Radicacion
4014591753

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo Identificación: F ☐ M ☐ T ☐ Ot ☐ Cu ☐ Cont ☐	64.Fecha de nacimiento
☐				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad (D/D/M/M/A/A/A/A)	67.Motivo de traslado Código: ☐	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

83. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

126

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.241.869**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

compensar

Bogotá DC. 22 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 3241869
Nombres y Apellidos	LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900652174
Razón Social Empleador	JHC INGENIEROS SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	23/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	22/4/2025
Cargo	MAESTRO DE OBRA
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 031206MOS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

128

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO
Fecha de nacimiento: 08/09/1962
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: MAESTRO DE OBRA

CC: 3241869
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 08:28:27
Fecha salida: 2025-04-21 / 10:36:08



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

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

DR. MANUEL SUAREZ

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO
CC: 3241869
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO
Fecha de nacimiento: 08/09/1962
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: MAESTRO DE OBRA

CC: 3241869
Edad: 62 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 08:28:27
Fecha salida: 2025-04-21 / 10:36:08



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

1. VALORACIÓN OPTOMETRICA: USO DE CORECCION VISUAL

DR. MANUEL SUAREZ

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO
CC: 3241869
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

Versión: 01	
Fecha: 1 de 2	
2024/11/04	

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de Trabajo:	Palacio de los Deportes	Nombre del trabajador:	Luis Moreno
Ubicación:	Palacio de los Deportes	Cargo:	Oficial
Teléfono:	3115299356	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	LUNES A SABADOS 16:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o extorsiones por personas fuera de la ley mantenerse al margen y de buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
- Prohibido las peleas, riñas o maltratos
- Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
- Reportar las Condiciones inseguras y Actos inseguros
- Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
- No se puede divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

- Utilizar de manera adecuada los Baños
- Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- Prevención de generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas aledañas al proyecto
- A cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
- Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- El trabajar con seguridad es un beneficio mutuo
- El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- Su familia siempre lo espera en casa
- El autocuidarse previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
- Cuando esta lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACION: PROHIBICION: OBLIGACION:

NO FUME

OBJETIVOS DEL SG - SST

- Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
- Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
- Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLITICAS SST

- Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organizacion en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
- Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas herramientas, equipos etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Eléctrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos(robos,asaltos, atracos, amenazas)	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Quimico	Material particulado	X			Espacios confinados	X	
	Polvos Organicos e inorganicos	X			Excavaciones	X	
	Fibras	X		Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X			Tormenta	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X			Inundacion	X	
Biologico	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	Ricketsias	X		Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	Fluidos o excrementos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe solicitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la meta que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular(es) consiente(n) y autoriza a CONSORCIO BELLCON SAS , contenidos y/o anuncios temporales en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de administrar el tramite establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web www.mejoviagas.com

NOMBRE:	Luis Moreno	CEDULA:	3241869	CARGO:	OFIAL
DIRECCION:	Av. 48 # 69 C Sur 11	TEL / CEL:	3114529936	LOCALIDAD:	Ciudad Bolivar
FECHA NACIMIENTO:	9 Setiembre 1962	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:			
ARL:	Sura	EPS:	Salud total	AFP:	Porvenir
EXAMENES MEDICOS:	21-04-2025	INSTRUCCIONES MÉDICAS:	NO X	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	Duverle Vecerra 3114770677	ALERGIAS:	NO X	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO:	Luis Moreno	FECHA:	23-04-2025		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CGZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	palacio de los deportes	Fecha:	23-04-25
Nombre	Luis Moreno	Cargo:	Ofial
Cedula:	3241869	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
una caida aunguesco	evitar Accidentes

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

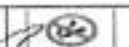
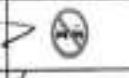
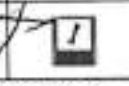
inseguro	incoguro	Acto
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:	casco Botas gafas
5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:	segurida Vial
6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:	cuidar los arbolitos

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion o iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguentes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguentes rangos

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 6	De Total de CALIFICACIÓN: FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá D.C ____ - de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Luis Moreno
Cargo: Oficial
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor dirigirse usted a la IPS un examen medico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELENER SALAZAR
Representante legal
BELECOL SAS

Yo Luis Moreno como colaborador del CONSORCIO BELECOL 4, acepto y me comprometo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico, eximo a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 4 - 4 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato 0080 Sta 4080 2024 suscrito entre el Consorcio Belecol 4 y IDRD.

FIRMA: Luis Moreno
Nombre: Luis Moreno
Cédula: 5411889

CONSORCIO

Bogotá 23 de 04 del 2025

Señor(a): Luis Moreno
CC.: 3241869

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO,** realizado el día 24, en su IPS Caniata como cargo Ofic/ se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

condicion visual - Valoracion optometrica
Uso correccion visual.

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner

9 E/

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.363.332
RUBIO SANCHEZ
APELLIDOS
JAIRO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-196[illegible]
ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-DIC-1983 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00127202-M-0093363332-20081113 0005870937A 1 1990029844

ARL | sura

Medellín, 21 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C93363332	RUBIO SANCHEZ JAIRO	23/04/2025		Iz271601	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 23:36:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.208.239, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014604857	2|4|0|4|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
RUBIO (Primer apellido)	SANCHEZ (Segundo apellido)	JAIRO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	93393392	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais	Departamento		Municipio	
COLOMBIA	COLOMBIA	TOLIMA		ROVIRA	08/08/1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia			
CR 144 57 65 SUR Dirección	Telefono fijo	3118248830 Telefono celular	3110249849@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	57 Localidad / comuna	zona Urbano cabecera municipal ☒ Urbano centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de Identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	Cual	Pais	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Relacionar IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VISIONNED - VISIONNED	VISIONNED - VISIONNED
01	-	-
02	-	-
03	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JHC INGENIEROS SAS	NIT	900582174	51

59.Ubicación				
CL 127 BIS 89 07 Dirección	4545700 Telefono fijo o celular	JHCINGENIEROSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

M-PYGA-F061 V 1.0-2010

138

No de Radicacion
4014884857

8. REPORTE DE NOVEDADES

50. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

51. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	52. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	53.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ Ind ☐ Otro ☐ Cual	54.Fecha de nacimiento

55.EPS anterior	56.Fecha de Novedad D D M M A A A A	57.Motivo de traslado Código:	58.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

60. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	61. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014604857	2|4|0|4|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
RUBIO (Primer apellido)	SANCHEZ (Segundo apellido)	JAIRO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9. Tipo documento de Identidad	10. Número del documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	93383332	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento				15. Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: TOLIMA	Municipio: ROVIRA		02/09/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423530	

26. Residencia			
CR 144 57 85 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3116048834 (Telefono celular)	3116048834@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	57 (Localidad / comuna)	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente (obligatorio)

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais	Departamento	Municipio	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biologico		40. Sexo Identificación						41. Lugar Nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	Pais	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Ficha o SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad Permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	VILLAVICENCIO - VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO - VILLAVICENCIO
2	-	-
3	-	-
4	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JHC INGENIEROS SAS	NIT	900502174	01

59. Ubicación				
CL 127 B 55 68 67 (Dirección)	4645769 (Telefono fijo o celular)	JHOINGENIEROSAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)

M-PYGA-F001 V 1.0-2013

140

No de Radicacion
4014804857

9. REPORTE DE NOVEDADES

59. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad (aaaa/mm/dd)	67.Motivo de traslado Código: ☐	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIRO RUBIO SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93363332,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

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

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

compensar

Bogotá DC. 22 de Abril de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 93363332
Nombres y Apellidos	JAIRO RUBIO SANCHEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900552174
Razón Social Empleador	JHC INGENIEROS SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	23/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	22/4/2025
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	184
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 006105j2S

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: JAIRO RUBIO SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 02/09/1965
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CC: 93363332
Edad: 59 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 07:07:43
Fecha salida: 2025-04-21 / 08:46:13



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON PATOLOGIAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICION VISUAL:

CONDICIÓN AUDITIVA:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS VISION PROXIMA.
- CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.

OTRAS:: - PROTECCIÓN AUDITIVA PARA EXPOSICIÓN MAYOR A 85 DB Y CONTROL PERIODICO.

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

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

JAIRO RUBIO SANCHEZ
CC: 93363332
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-04-21

Nombres y apellidos: JAIRO RUBIO SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 02/09/1965
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CC: 93363332
Edad: 59 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-04-21 / 07:07:43
Fecha salida: 2025-04-21 / 08:46:13



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

1. VALORACIÓN OPTOMETRICA: - REQUIERE USO DE LENTES CORRECTIVOS VISION PROXIMA. - CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.
2. OTRAS:: - PROTECCIÓN AUDITIVA PARA EXPOSICIÓN MAYOR A 85 DB Y CONTROL PERIODICO.

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

JAIRO RUBIO SANCHEZ
CC: 93363332
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CÓDIGO: FR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 3
26/04/2024

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	palacio de los deportes	Nombre del trabajador:	Jairo Rubio Sanchez
Ubicación:	palacio de los deportes	Cargo:	oficial
Teléfono:	3119246459.	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V A 5:30 SÁBADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez.
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto.
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o matoneo.
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes.
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento.
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa.
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros.
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños.
* Se evita la exorcion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora.
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos.
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado.
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado.
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites.
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utiliza.
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios.

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo.
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida.
* Su familia siempre lo espera en casa.
* El autocuidarse, prevenirlo y evita los accidentes.

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo.
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado.
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST.
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo.
* Obligatorio el Uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en peatones o vehiculos.



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.



SEÑAL RECLAMATORIA: Es utilizada para indicar prohibido ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra.



SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACION PROHIBICION OBLIGACION







OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa.
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto.

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo.
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST.
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores.
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores.

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)	X	
	Radiaciones ionizantes (Rayos X=a, Gama, X y Alfa)	X	
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químico	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X	
Biológico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Picaduras	X	
	Parasitos	X	
	Mordeduras y Alimañas	X	
	Covid 19	X	
	Fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos	Postura prolongada, mantenida, forzada	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, secuestros)	X	
	Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	X	
	Excavaciones	X	
Fenomenos Naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, a contratistas de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe suministrar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, a en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas , al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular (persona natural) autoriza a CONSORCIO SELECCION SAS (consecionario unionen temporales en los cuales tenga participacion la empresa), para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.seleccion.com

NOMBRE: Jairo Rubio	CEDULA: 93363332	CARGO: Oficial	No: OT
DIRECCION: Dg 48X #105J72.	TEL / CEL: 3118249659.	LOCALIDAD: Rafael Uribe	EDAD: 59.
FECHA NACIMIENTO: 2-9-65.	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
ARL: SURA.	EPS: FamiSanar	AFP: Colfondos	
EXAMENES MEDICOS: 21-4-25.	RESTRICCIONES MÉDICAS: NO X	CUAL?	
NOMBRE Y TEL DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Johana 3209250364	ALERGIAS: NO J	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 23-4-25.		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CSZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	palacio de los deportes	Fecha: 23-4-25	
Nombre: Jairo Muñoz		Cargo: oficial	
Cedula: 93763312		Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
caida a un hueco	evitar accidentes

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura	condicion insegura	acto inseguro
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
guantes gafas Tuto obidas tapa bocas.

5. Mensione una de los Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
Seguridad Vial.

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
cuidad la naturaleza ahorar el agua.

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamentos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativo	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de
CALIFICACIÓN:	
FIRMA RESPONSABLE SST:	

Powered by CamScanner

Bogotá D.C ____- de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Jairo Rubio
Cargo: oficial
Ciudad Bogota.

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Jairo Rubio - _____ como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Jairo Rubio
Cédula: 93 363332.

Powered by CamScanner

Bogotá 23 de 4 del 2025

Señor(a): Jairo Pulido
CC.: 93363332.

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 21-04-25, en su **IPS** Cendiatra, como cargo oficial. se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

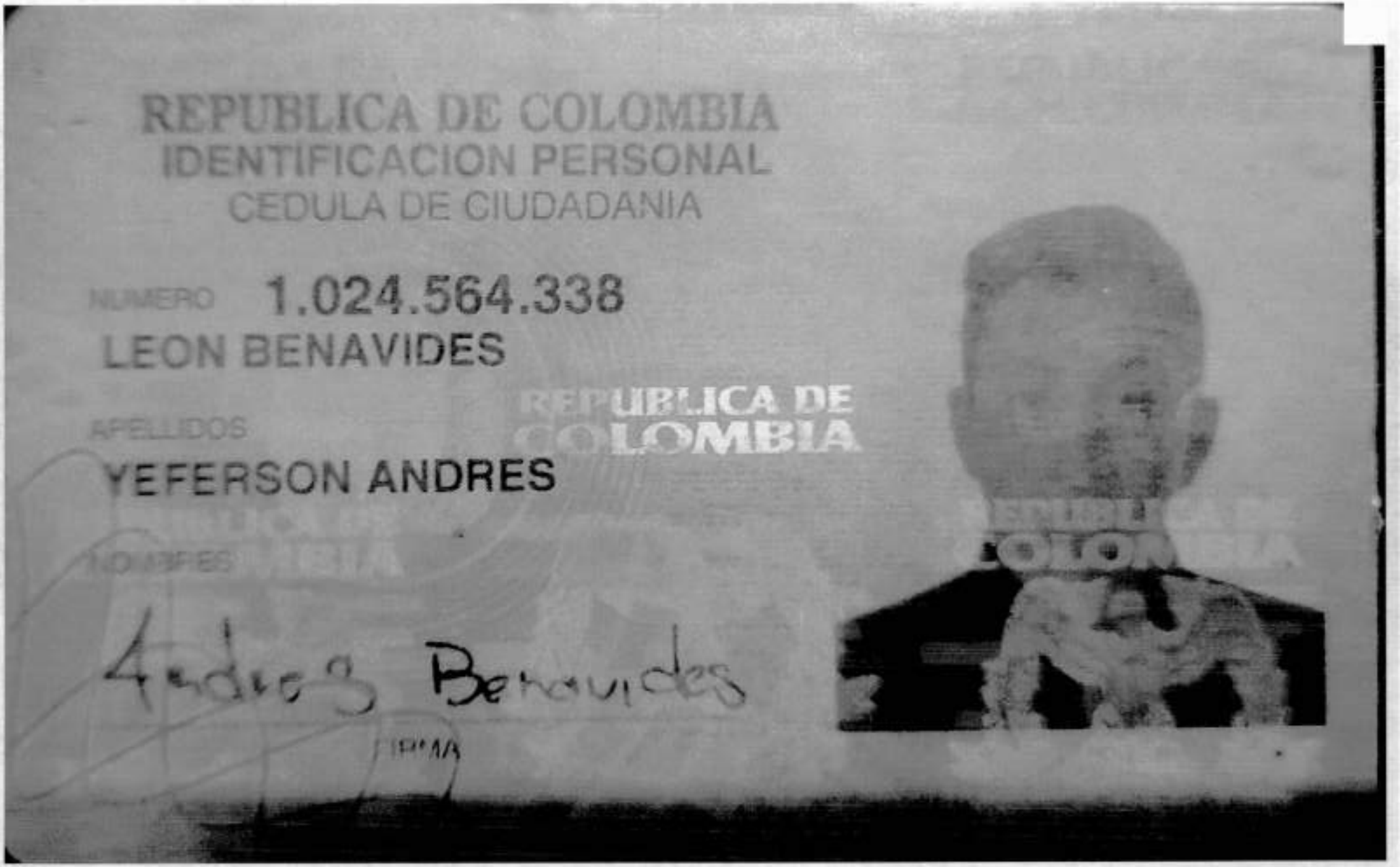
RECOMENDACIONES:

Valoracion optometria - Requiere uso de lentes correctivos vision proxima control periodico por optometria proteccion Auditiva para Exposicion mayor a 85 Db y control periodico

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.024.564.338
LEON BENAVIDES
APELLIDOS
YEFERSON ANDRES
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA
Yeferson Andres Benavides

157



FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-SEP-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00493153-M-1024564338-20131009 0035377563G 1 39595286

152

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1024564338

NOMBRE

YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES

FECHA DE NACIMIENTO
22-08-1995

GRUPO SANGUÍNEO
B+

FECHA DE EXPEDICIÓN
15-03-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL DE SOACHA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	08-07-2025	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	15-03-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	15-03-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07002274294

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-01

Nombres y apellidos: YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES
Fecha de nacimiento: 22/08/1995
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERADOR

CC: 1024564338
Edad: 29 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-10-01 / 07:10:49
Fecha salida: 2024-10-01 / 11:07:43



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACION OPTOMETRICA: USO DE FORMULA VISUAL

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

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES
CC: 1024564338
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-01

Nombres y apellidos: YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES
Fecha de nacimiento: 22/08/1995
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERADOR

CC: 1024564338
Edad: 29 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-10-01 / 07:10:49
Fecha salida: 2024-10-01 / 11:07:43



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE FORMULA VISUAL

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES
CC: 1024564338
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-10-01

Nombres y apellidos: YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES
Fecha de nacimiento: 22/08/1995
Empresa: JHC INGENIEROS SAS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERADOR

CC: 1024564338
Edad: 29 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-10-01 / 11:08:18
Fecha salida: 2024-10-01 / 11:08:18



EXÁMENES REALIZADOS

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

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

:

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

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES
CC: 1024564338
Firma del paciente

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES identificado(a) con CC 1024564338 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-04	1379881155	9483946698	E	2025-04-02																	

Riesgo	Administradora	Dias	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,964,140	$314,300
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,964,140	$136,800
CCF	COMPENSAR	30	4%	$1,964,140	$78,600
EPS	FAMISANAR	30	4%	$1,964,140	$78,600

Este certificado se expide el dia 2025-04-02 a las 11:33.

156

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES

Con Cedula de Ciudadania No. 1024564338

Cursó y aprobó la acción de Formación

OPERACION DE MAQUINA MINICARGADOR

con una duración de 120 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Tocancipá, a los veintiocho (28) días del mes de septiembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

Yina Paola Alvarado Z.

YINA PAOLA ALVARADO ZAMBRANO
Subdirectora (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

69551355 - 28/09/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9509002161373CC1024564338C.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CÓDIGO: FR-SST-20
Versión: 01
PAG: 1 de 2
2024/11/04

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERIZACIÓN		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Palacio de los deportes	Nombre del trabajador:	Yefer Sneider Andres León Bravo Nes
Ubicación:	palacio de los deportes	Cargo:	Operario.
Teléfono:		Responsable SST:	WILMAN EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SABADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o matoneo
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas debieran presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condición que puede generar un riesgo en peatones o vehículos

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vías

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:
INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:



OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLITICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físico	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)	X	
	Radiaciones ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)		X
Quimico	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X	
Biologico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Picaduras	X	
	parasitos	X	
	mordeduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	Fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos (robos, asaltos, atentados, alertas etc)	X	
	Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	X	
	Caidas de otros	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbes	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, a en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular(a) (persona natural) autoriza a CONVERCOL BELZCONSAS, consecionario de la unidad temporal en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos" y reglamentado parcialmente por el Decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.mejoralgas.com

NOMBRE: Yeferson Andres Lopez B	CÉDULA: 1074564538	CARGO: Operador	EDAD: 29
DIRECCIÓN: Cra 19 D # 2-99 SW	TEL/CEL: 3115984812	LOCALIDAD: Soacha	RH: O+
FECHA NACIMIENTO: 27/08/95	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
ARL: Sura	EPS: Famisanar	MP: Parcial	
EXAMENES MÉDICOS: Octubre 02/2025	RESTRICCIONES MEDICAS: NO X	CUAL?	
NOMBRE Y TEL DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: 321 888 06 88	ALERGIAS: NO X	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO: Andres B.	FECHA: 05 - Mayo - ABril - 25		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	palacio de los deportes	Fecha:	05- Mayo -25
Nombre	Yeferson Andres León B	Cargo:	Operador
Cedula:	1024564336	Firma:	Andres B.

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo
dobladura de tobillo	utilizar los EPP

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condición



condición



acto



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
casco, Botas Ropa Reflectiva, manegalas, guantes.

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
politicas de drogas y alcohol, y Politica seguridad vial

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
Ahorro del agua, cuidado Medio ambiente

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventiva		4	Señal reglamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de
	CALIFICACIÓN:
	FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá 05 de 05 del 2025

Señor(a): Yeferson Andres Leon B
CC.: 1024 569 308.

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 02/10/24, en su IPS Sanitas, como cargo Operador se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

FIRMA RESPONSABLE SGSST

Andres B.
TRABAJADOR

Powered by CamScanner

Bogotá D.C 03 - de 05 del 2025

Señor(a) Yeferson Andres León B
Nombre:
Cargo: Operador
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Yeferson Andres León B como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: Andres B
Nombre: Yeferson Andres LB
Cédula: 1024564338.

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 21 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79598293	NIÑO FORERO LUIS ALFONSO	22/04/2025		om244V18	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/04/2025 15:01:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.104.28, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total EPS-S

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 21/04/2025, el empleador LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA identificado con CEDULA DE CIUDADANIA 79315037 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
21/04/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4014586954	CEDULA DE CIUDADANIA	79598293	LUIS ALFONSO NIÑO FORERO	$ 1,423,500.00	Dependiente	21/04/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes abril del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS ALFONSO NIÑO FORERO identificado(a) con C.C No.79,598,293, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de abril del 2025.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

165

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **NIÑO FORERO LUIS ALFONSO, CC - 79598293**, está afiliado(a) desde **21/04/2025**, como trabajador(a) de **CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO**, con NIT: **793150372**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-04-21**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **21 de abril de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

EL DIVINO NIÑO
Unidad Medica de especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Licencia de Prestacion de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/07/2020

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 11244

FECHA : 22/04/2025 HORA:8:7	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO
NOMBRES: LUIS ALFONSO NIÑO FORERO	DOCUMENTO: 7359820 EDAD: 52 GENERO: M
Empresa: LUIS CAMARGO	Cargo: OFICIAL DE OBRA Tel: 3116[illegible]

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Codigo QR luter para utenticidad

23/04/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

Powered by CamScanner

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	VALLES DE CAPRINUS	Nombre del trabajador:	JUAN ALFONSO NIETO
Ubicación:	VALLES DE CAPRINUS	Cargo:	OFICIAL.
Teléfono:	3118962849	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO ECGUIA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30 SÁBADOS 12:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley cuando medio la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar las Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de los sitios cercanos al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL/
INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:



OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A Aplica N/A No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
		X	
		X	
		X	
		X	
			X
			X
		X	
Químico		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
Biológico		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
Psicosocial		X	
		X	
		X	
		X	
		X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/E
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
Fenómenos naturales		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
Psicosocial		X	
		X	
		X	
		X	
		X	

OBSERVACIONES

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra, y visitante (para este último solo se debe socializar los peligros a los que estará expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la información sobre los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, y en la Vista que efectúa y me COMPROMETO a cumplirlas. Igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELICON SAS - consorcio y/o uniones temporales en los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de administrar el banco establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la página web: www.nacentelogic.com

NOMBRE: NELSON NIÑO	CEDULA: 79598293	CARGO: OFICIAL	ID: 02
DIRECCION: CRA 13 CST 46 B 08	CEL: 3118962849	LOCALIDAD: SUBA	EDAD: 52
FECHA NACIMIENTO:	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
ARL: SANITAS	EPS: SALUD TOTAL	AFP: COLPENSIONES	
EXAMENES MEDICOS: 22.04.2025		RESTRICCIONES MEDICAS: NO X	CUAL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: 3102384069 HIJA		ALERGIAS: NO X	CUAL?
FIRMA EMPLEADO:		FECHA: 24.04.2025	

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CÓD: FR-SST-08
Versión: 01
PÁG: 1 de 1

Obra o Centro de trabajo:	VIAS D CATAMA	Fecha:	24 04 025
Nombre:	ALFONSO NIÑO	Cargo:	OFICIAL
Cedula:	79598293	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:
CAIDAS GOLPEADO CORTADURAS E.T.C

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
EL BUEN CUIDADO USO DE EQUIPOS DE PROTECCION

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

CONDICION INSEGURA



CONDICION INSEGURA



ACTO INSEGURO



4. Mencione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
CASCO. GUANTES. GAFAS. TAPA OIDOS TAPABOCAS

5. Mencione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
POLITICAS DE DROGAS Y ALCOL

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
CUIDAR LOS ESPACIOS NO VOTAR BASURAS

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

*Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico estan agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es aprobado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique

1	Señal Preventivo		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguentes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de **0,6**, califique en los siguentes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De Total de

CALIFICACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

Bogotá D.C ___ de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Luis Alfredo Nieto Formoso
Cargo: Oficial
Ciudad

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Luis Alfredo Nieto como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Luis Alfredo Nieto Formoso
Cédula: 94598293.

Powered by CamScanner

Bogotá 24 de 04 del 2025

Señor(a): Juan Arturo Neto Fonseca
CC.: 79598343

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 22.04.2025 en su IPS D. NIETO, como cargo Oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Pausas Activas - Habitos saludables
Higiene postural - uso de elementos
de proteccion personal - Reciclaje
Actividad fisica - control ocupacional
uso de proteccion personal Reciclaje
Actividad fisica - control ocupacional
Anual Valoracion Ambulatoria

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.023.954.875

APELLIDOS
OROZCO NEGRO

NOMBRES
JHON SEBASTIAN

SEXO
M

FECHA DE NACIMIENTO
08 JUL 1998

RH
A+

LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
14 OCT 2016 BOGOTA D.C.

FECHA DE VENCIMIENTO
13 MAYO 2030

ICCOL0211956536150O1<<<<<<<<<<<
9607088M3305186COL1023954875<3
OROZCO<FIERRO<<JHON<SEBASTIAN<



DR. GUILLERMO ARNULFO GOZALEZ CESTAS

MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 11 DE JULIO DE 2023
NOMBRE: JHON SEBASTIAN OROZCO NEGRO
DOCUMENTO: 1.023.954.875
EMPRESA: MULTISERVICIOS
CARGO: OFICIAL DE OBRA

EDAD: 25 AÑOS
SEXO: MASCULINO
R.H: A+
PESO: 68 Kg

RESULTADO DE EXAMENES

LABORATORIO CLINICO COPETRAN

ESPIROMETRIA		
Audiometria		
Optometria		
Psicometrico		
Cardiovascular	X	NORMAL
Osteomuscular	X	NORMAL
Vacunacion	X	NORMAL

Impresión Diagnostica: A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes que se exponen a continuación.

APTO X APTO con restricción NO Apto Apto con

Apto para el trabajo: Sin restricciones, exento de riesgos ocupacionales

Concepto: APTO PARA EL CARGO

Control EPS

Uso de elementos de protección personal X

Capacitación en la IPS y EPS X

Examen de ingreso X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dr. Guillermo Arnulfo Gozalez Cestas
C.C. 79.395.987

Trabajador
C.C. 1.023.954.875

Huella

Carrera 21 # 22 – 32 Sur / 1° Piso Consultorio 101, Barrio Olaya
Cel: 3204838704 – Tel: 3351687 buenosaludoleya@gmail.com

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JHON SEBASTIAN OROZCO FIERRO** identificado con **CC** No. **1023954875**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS - NI. 901760380	**Fecha de inicio de cobertura :** 01/04/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013730333.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

174

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9011924572

9011924572

No. de Radicación: 29118197

Fecha de Radicación: 01 04 2025

I. DATOS DEL TRAMITE — Leer las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

3. Apellidos y nombres			
OROZCO	FIERRO	JHON	SEBASTIAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1023954875		08 07 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: [ ] [ ] [ ] Cuidador: [ ] [ ]			NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500				
		Zona: Urbana [ ] Rural [ ]		

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo I	M	M	Cuidador(a) T	T	32. Zona de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Sede de la IPS del afiliado adicional o inscrito por la EPS
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (lo registra por la EPS)
C.	
B.	
D.	
E.	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra por la EPS)
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y	NT	901760380	

39. Dirección			
CARRERA 22 N 22C 04	32332685	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

VI. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad

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

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 01 04 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de retiro: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaro que no pertenezco a ninguna otra entidad como afiliado adicional.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de la unión de hecho bajo la cual indicó que median la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no existencia de vínculo laboral, de prima, prestación social o aportes provenientes de una relación Profesional de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS se facilite y entregue datos y copias de la historia clínica que sobre cualquier enfermedad de la familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere con la afiliación y con el reporte de novedades a la base de datos de afiliados registrados y a las entidades estatales que por ley lo requieran.

52. Autorización para que la EPS consulte los datos presentados por cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	Firma del representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva o de oficio

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PEP [ ] PPT [ ] CD [ ] SC [ ] PA [ ] MS [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]

55. Copia del diagnóstico de discapacidad, preferiblemente emitido por la autoridad competente.

56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara o lo anule marital.

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

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

59. Copia de la cédula judicial o de acta administrativa de custodia.

60. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

61. Copia de la autorización de tratado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

62. Constitución de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

63. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de cabeza de afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación			

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: CARGO: DEPENDIENTE SAT

71. Firma del funcionario

Versión 2 - Formulario Unico

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

Cuerpo Empleo

INTERNET

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON SEBASTIAN OROZCO FIERRO, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.023.954.875**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

JHON SEBASTIAN OROZCO FIERRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.954.875**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

Código: FR-SST-05
Versión: 01
PAG. 1 de 2
28/04/1104

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra o Centro de trabajo:	Picinas patio bonito
Ubicación:	patio bonito
Teléfono:	3103351201

ORGANIZACION

Nobre del trabajador:	JHON sebastian orozco ficmo
Cargo:	OFICIAL
Responsable SST:	ANGÉLICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L-V 4:30/ SÁBADOS 12:30 AM

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

*Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.

* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo

* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez

* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST

* Prohibido consumir sustancias psicoactivas o trabajar bajo su efecto

* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo

* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.

* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.

* Prohibidas las peleas, riñas o matrizas

* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.

* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes

*Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del

*Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento

*Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa

SEGURIDAD VIAL

* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizara para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en personas o vehiculos.

*Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.

* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Disponer de manera adecuada los residuos

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan información en las vias.

* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora

* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas aledañas al proyecto

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos

* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado

* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado

* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:
INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:



* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación

* Cortar las líneas de paso de agua, si no se utilizan

* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo

* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida

* Su familia siempre la espera en casa

* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa

*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores

*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa

*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo

*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, mantaniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.

*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo

*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST

*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.

* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores

*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	
Físico	Ruido	X		Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Eléctrico (alta y baja tensión, estáticas)	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X	
	Presión Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Rx)		V		Públicos (desordenes, robos, atentados)	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnológicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
Quimico	Material particulado	X			Riesgos contratados	X	NO
	Polvos Organicos e Inorganicos	X			Exploraciones	X	
	Fibras		X	Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)		X		Terremoto	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	Humos metalicos, no metalicos		X		Inundacion	X	
Biologico	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
	Parasitismo	X		Psicosociales	Gestion organizacional	X	
	picaduras	X			Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	mordeduras y escupiduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	Toxicos o corrosivos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro sin manejo de dinero y visitante (para este ultimo solo se debe solicitar los peligros a los que estara expuesto el ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionada con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realizacion de mi trabajo, y en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

NOTA 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular (persona natural) autoriza a BELCCOR SAS , consecutivo y/o empresa temporales en las cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos". reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la página web: www.belcoralegria.com

NOMBRE: JHON Sebastian MARCO PINTO	CEDULA: 1023954875	CARGO: Oficial	RH: A+
DIRECCIÓN: TV 13 este #47C-07 SUR	TEL / CEL: 3103351201	LOCALIDAD: San Cristobal	EDAD: 28
FECHA NACIMIENTO: 07-08-1996	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: SURA	EPS: Famisanar	AFP:	
EXAMENES MÉDICOS: 31-03-2025	RESTRICCIONES MEDICAS: NO	CUAL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Yuranis Zanchez 3113773170	ALERGIAS: NO	CUAL?	
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 01-04-2025		

EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL

CSTC-FR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2

Obra o Centro de Trabajo:	Picinos Patio bonito	Fecha: 01-04-2025	
Nombre: JHON sebastian orozco Ficero		Cargo: O.F.C.I.A.L	
Cedula: 1023954875		Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:
Cortada con pulidora ✓

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
Otilisar bien los elementos E.P.P. ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Apto inseguro ✓



Apto inseguro ✓



Apto inseguro ✓



4. Mencione los elementos de Protección Individual usted en su labor:
guantes, botas, casco, tapa oidos, gafas.

5. Mencione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Politica Seguridad vial, Politica drogas alcool ✓

6. Nombre una de las normas ambientales aplicables a obra.
ahorro agua, cuidado de la fauna ✓

7. Responda Falso (F) o Verdadero (V)

*Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V ✓
*Se debe realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Protección individual antes de empezar labores?	V ✓
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V ✓
*Dentro del factor de Riesgo Fisico estan agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V ✓
*Es aprobado ingerir o realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F ✓
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F ✓

8. Coloque el nombre de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva	✓	4	Señal reglamentaria	NO FUME ✓
2	Señal de Obligatoriedad	✓	5	Señal de Prohibición	✓
3	Señal Informativa	✓	6	Señal Informativa	✓

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se reciba un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,6 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas con notas(8): Valor de la calificación 6	De Total de CALIFICACIÓN: FIRMA RESPONSABLE SST:

Bogotá D.C 01 - de Abril del 2025

Señor(a)
Nombre: JHON sebastian orozco Fierro
Cargo: oficial
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo JHON sebastian orozco F. como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: JHON sebastian orozco F.
Cédula: 1023954875

CONSORCIO

Bogotá 01 de 04 del 2025

Señor(a): JHON sebastian orozco
CC.: 1023954875

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el dia 31-03-2025, en su IPS Guillermo Gaviria Correa y como cargo Oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO (X) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES: NO

RECOMENDACIONES:

1. Uso de EPP.
2. Capacitaciones por ARL y EPS.
3. Habitos de Vida Saludable
4. Pausas activas
5. Higiene Postural

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.120.157

FARFAN

APELLIDOS

ORLANDO

NOMBRES

Orlando Farfan

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1965

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

25-OCT-1983 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00112322-M-0010120157-20081026 0004869707A 1 25788989

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ORLANDO FARFAN** identificado con **CC** No. **10120157**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS - NI. 901760380	**Fecha de inicio de cobertura :** 02/04/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101424354.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 dias del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

183

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014492434	9|1|0|4|2|0|2|5

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
FARFAN		ORLANDO	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	
CC	19120157	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

13.Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: RISARALDA	Municipio: PEREIRA		19/09/1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR PPC	1923580	

26.Residencia			
TV 32 32 76 Dirección	Telefono fijo	3142019358 Telefono celular	ORLANDOMRON@GMAIL.COM Correo electronico

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41. Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Discapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MULTISERVICIOS DE BOMBAS Y ACCESORIOS SAS	NIT	901266380	01

59.Ubicación				
CL 22C 18 B 62 Dirección	1908080 Telefono Fijo o celular	MULTIDOTACIONES@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

M-PYSA-F001 V 3.0-2018

184

No de Radicacion
4014402434

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad DD/MM/AAAA	67.Motivo de traslado Código: ☐	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante a cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

75. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Estrato vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	95.Firma Funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

185

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ORLANDO FARFAN, identificado(a) con C.C 10.120.157, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 01 de abril de 2025.

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

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

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

186

ASTON MEDICAL IPS SAS

NIT. 901272651

Calle 12 4B-10

Cel. 3138627228 E-mail: astonmedicalips@gmail.com

www.astonmedical.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.374

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	04 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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	
FARFAN ORLANDO	MASCULINO	54 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	CC Tipo	10120157 Número

Cargo: OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	APTO PARA EL CARGO QUE POSTULA O DESEMPEÑA

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	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO VALORACION NUTRICIONAL	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN

R.M.: 25-852/2004 L.S.O.: 25-382/2013

Código de Seguridad: F1094L1R7374

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FARFAN ORLANDO

CC: 10120157

187

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CEGC-FR-SST-09
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	OBRINA PATIOSONITO	Nobre del trabajador:	NOMBRE APELLIDO
Ubicación:	PATIOSONITO	Cargo:	OFICIAL
Teléfono:	3206239272	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SABADOS 10:30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos.
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afectan el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restricion en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extincion de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generacion de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
  familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

*Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas debarian presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
*Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
*Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehículos

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL:

INFORMACIÓN: PROHIBICIÓN: OBLIGACIÓN:

NO FUME

POLÍTICAS SST

*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesitan para lograrlo
*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica NA: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	NA
Físicos	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presión (Atmosférica (Normal y Ajustable)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químicos	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nebilas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metalicos, no metalicos	X	
Biologicos	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Ricketsias		X
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	Fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	NA
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tensión, estatico)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accesorios de transito	X	
	Publicos(vidrios,apaños, aliados, ventanas)	X	
	Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados		X
	Excavaciones		X
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional		X
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este último solo se debe solicitar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y me COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el titular (persona natural) autoriza a CONDORITO BELLEZON SAS., conservar y/o alojar temporalmente en los sistemas propios o de los cuales tenga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido según su contenido. La anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.evaluelegal.com

NOMBRE: ORLANDO Fonseca	CÉDULA: 1012015??	CARGO: OFICIAL	EDAD: 47
DIRECCIÓN: TRANS 32 #36-76	TEL / CEL: 3206259272	LOCALIDAD: Suacha	ESTADO: 59
FECHA NACIMIENTO: 18-04-1965	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
RH: POSITIVO	EPS: SALUD TOTAL	AFP: COLPENSIONES	
EXAMENES MEDICOS: 01-04-2025	RESTRICCIONES MÉDICAS: X NO	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: NORVEY Escobar	ALERGIAS: 313 4445642 NO	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 02-04-2025		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-69 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	PiCiNAS PoTiSoNT	Fecha: 02-04-25	
Nombre	orlANDO FERRER	Cargo: OFiCiAl	
Cedula:	10120157	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
CAiDa de DiSTiNiVEL ✓	AUTOCUiDADOS ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

CONDICIÓN INSEGURA	CONDICIÓN INSEGURA	ACTO INSEGURO
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
GUANTES - OVEROL BOTAS de Seguridad - GAFAS - TAPABOCAS y TAPAOIDO

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
SEGURIDAD VIAL Y DROGAS y ALCOOL

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
ORDEN y ASEO - y NO ARROJAR BASURA

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision yo mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 **5 a 7: Valor de la calificación 4,5.** **preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5**	**De Total de**
CALIFICACIÓN: 60	
FIRMA RESPONSABLE SST:	

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-69 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	PiCiNAS PATISSOUT	Fecha: 02-04-25	
Nombre	orlAUDO forero	Cargo: OFiCiAl	
Cedula:	10120157	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
CAiDa de DiSTiNiVEL ✓	AUTOCUiDADOS ✓

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

CONDICIÓN INSEGURA	CONDICIÓN INSEGURA	ACTO INSEGURO
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
GUANTES – OVEROL BOTAS de Seguridad - GAFAS - Tabacas y TAPAOIDO

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
SeGURiDAD VíAL Y DROGAS y Alcool

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
ORDEN y ASEO - y NO ARROJAR BASURA

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uso de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de	CALIFICACIÓN: 5.0 FIRMA RESPONSABLE SST:

Bogotá D.C 02 - de Abril del 2025

Señor(a) ORLANDO Fajardo
Nombre:
Cargo: OFICIAL
Ciudad Bogota

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo ORLANDO Fajardo como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: ORLANDO Fajardo
Cédula: 1012015?


1.030
HURTADO
ESTIVEN
BOGOTA D.C.
1.85
O+
M

ARL | sura

Medellín, 01 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1030678784	HURTADO BELTRAN ESTIVEN ADIOLFO	02/04/2025		8sb175r1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/04/2025 13:56:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.170.92, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ESTIVEN ADIOLFO HURTADO BELTRAN identificado(a) con Cedula Ciudadania 1030678784, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa "ESTRUCTURAS MANTENIMIENTO Y CONSTRUCCIONES DE COLOMBIA S A S" NIT 900963334, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250123	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
23362519

CER-AFI

Vigilado Supersalud

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ESTIVEN ADIOLFO HURTADO BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.678.784**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900145264

NÚMERO
0000544436

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 29/03/2025 08:29:26

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

NOMBRE Y APELLIDO: ESTIVEN ADIOLFO HURTADO BELTRAN **C.C** 1030678784

EDAD 27 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE/CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

29/03/2025

FIRMA DEL PACIENTE

Huella Biométrica

Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.274
T.P. 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-29
Versión: 01
PAG. 1 de 2
20041104

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERISTICAS

Obra o Centro de trabajo:	Zoiave Rijaos
Ubicación:	Boque Rijaos
Teléfono:	3204061209

ORGANIZACION

Nobre del trabajador:	Estvan Arcilo Berrio
Cargo:	auxiliar
Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7:00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4:30/ SABADOS 10:30 AM



DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez.
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto.
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltrato.
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes.
* Reportar condiciones de salud existente que alteren el normal funcionamiento.
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa.
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros.
* Se debe tener restricción en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños.
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva el rejuvenecimiento de la Flora.
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto.
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos.
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado.
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado.
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites.
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación.
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan.
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios.

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo.
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida.
* Su familia siempre lo espera en casa.
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes.



NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo.
* No se debe utilizar ningun tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado.
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST.
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo.
* Obligatorio el uso del arnés y línea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando está lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberán presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del.
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehículos.



SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.



SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra.



SEÑALIZACION DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: OBLIGACION:

INFORMACIÓN: PROHIBICION:







OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

POLÍTICAS SST

*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organizacion en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

0+1.2

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Físicos	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presión Atmosférica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Químicos	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	Humos metálicos, no metálicos	X	
Biológicos	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Rickettsias	X	
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	Sustos o exoesqueletos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanicos (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tensión, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos (robos,asaltos, atracos, amenazas)	X	
	Tecnologicos (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados		X
	Excavaciones	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Tormenta	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicas de la organizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL, y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, a en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el trabajador (persona natural) autoriza a CONSORCIO DELZCON SAS, contratista y/o usuarios temporales en los cuales haga participación la empresa, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido según su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos", reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013. Se anexará a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.delzcongas.com

NOMBRE: ESTEVAN MARIN	CÉDULA: 1036638801	CARGO: OVAL	PAI: 04
DIRECCIÓN: Calle 79 #37-130 INT	TEL/CEL: 3206051605	LOCALIDAD: Girardot	EDAD: 27
FECHA NACIMIENTO: 16/05/97	EMPRESTITO DE MANO DE OBRA:		
ARL: SURA	EPS: COMFACUNDI	AFP: PORVENIR	
EXAMENES MÉDICOS: 30/03/25	RESTRICCIONES MÉDICAS: N	CUAL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: 3046063905 Luz	ALERGIAS: N	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO: ESTEVAN MARIN	FECHA: 02/04/25		

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL	CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2

Obra o Centro de trabajo:	Parque Pinos	Fecha: 02/04/25	
Nombre	[illegible]	Cargo: auxiliar	
Cedula:	1030678784	Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:
Trabajar con alguna herramienta o caida llevado a cabo

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
Usos y elementos de recreacion

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

condicion insegura



condicion insegura



acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
Botas - Guantes - casco y gafas

5. Mensione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
Politica seguridad vial

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
botar basura en espacio inadecuado - Hacer aseo

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5	De Total de CALIFICACIÓN: 60 FIRMA RESPONSABLE SST:

200