CONTRATO N°. 1041 de 2024

“REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE”

GRUPO INARCO

INFORME SST °3.
PERÍODO DEL 03/07/25 AL 02/08/2025
REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISO
Nombre: 	Nombre: 
Ing. Milena Pineda SST	Ing. Héctor Zapata Director de obra
Fecha: 02/08/2025	Fecha: 02/08/2025
APROBÓ	
Ing. Abdo J. Salgado Ayola Ingeniero interventor	
Fecha:	

CONTENIDO

1. PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO-SST 4
1.1. Actividades de medicina preventiva 4
1.1.1 Exámenes médicos ocupacionales, afiliaciones 4
2. PROGRAMA DE CAPACITACIONES 7
3. PERSONAL RETIRADO 8
3.1 Relación total de personal: 9
4. ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO 9
5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y DOTACIÓN DEL PERSONAL 10
6. PLAN ANUAL 12
7. COMITÉS 12
7.1. Copasst o vigia sst 12
8. PRE OPERACIONALES 13
9. EMERGENCIAS 14
10. MAQUINARIA EQUIPO Y HERRAMIENTA 15
11. ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS 15
12. COMPETENCIA Y SEGURIDAD 16
13. SUBSANACIÓN DE LAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA INTERVENTORÍA. 16
14. RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS DE OFICIOS 17
15. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD INDUSTRIAL. 17

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Listado de personal de ingreso. 5
Tabla 2. **Capacitaciones y charlas del período.** 8
Tabla 3. **Reporte de personal retirado.** 8
Tabla 4 Relación de personal 9
Tabla 5 Accidentalidad periodo 03 de Marzo al 02 de Junio de 2025. 10
Tabla 6 Ausentismos en el período 10
Tabla 7 Registro entrega de dotación 11
Tabla 8 Registro entrega de elementos y equipos de protección personal. 11
Tabla 9 Elementos de brigada de emergencia 14
Tabla 10 Maquinaría Herramientas y equipos 15

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Cumplimiento de Capacitaciones 7
Ilustración 2 plan anual 12
Ilustración 3 programa de inspecciones 13

1. PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO-SST

El presente informe corresponde al componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, en este se describe la gestión y actividades realizadas durante el periodo comprendido entre 03 de julio del 2025 al 02 de Agosto del 2025 en materia de seguridad para minimizar los riesgos presentes en la ejecución del contrato de obra No. 1041 de 2024.

1.1. Actividades de medicina preventiva

1.1.1 Exámenes médicos ocupacionales, afiliaciones

Para el Contrato de obra No. 1041 de 2024 se validaron los exámenes médicos ocupacionales provenientes de todas las IPS ocupacionales, adicional se remitieron a cada uno de los trabajadores las recomendaciones ocupacionales correspondientes con el fin de proceder a las afiliaciones del personal.

Teniendo en cuenta el cumplimiento legal se anexan certificados de afiliaciones de ARL-EPS- AFP más las planillas de seguridad social correspondientes al mes.

Al verificar los documentos se procede a efectuar inducción y notificación de riesgos a cada uno de los trabajadores.

Ver ANEXO 1A AFILIACIONES- INDUCCIÓN- NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Teniendo en cuenta el cumplimiento legal de la IPS, se estará enviando el personal nuevo al examen médico de ingreso.

En la siguiente tabla se registra al personal que en su momento ingresó con documentación completa.

Tabla 1. Listado de personal antiguo y de ingreso.

Reporte de personal que antiguo y de ingresó						
EMPRESA	**APELLIDOS**	**NOMBRES**	**IDENTIFICACIÓN**	**CARGO**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
GRUPO INARCO S.A.S	ZAPATA GARCÍA	HÉCTOR OVIDIO	80.039.808	1 Director de obra	03/03/2025	
GRUPO INARCO S.A.S	GÓMEZ GIL	JUAN SEBASTIÁN	1.022.399.500	2 Ingeniero civil -residente	03/03/2025	
GRUPO INARCO S.A.S	PINEDA AGUIRRE	ROSA MILENA	1.030.603.965	3 Inspectora SST	03/03/2025	
SOLUCIONES INTEGRALES AYL	CASTILLO MONTILLA	JAVIER ALEXANDER	6686826	4 Oficial	08/05/2025	21/07/2025
ANDIOS	RAMÍREZ PARRA	WILLIAM ALFREDO	79919714	5 Oficial	22/05/2025	12/07/2025
ANDIOS	ORTEGÓN	WILLIAM ALBERTO	94306353	6.Oficial	22/05/2025	12/07/2025
JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	CARBAJALINO CARDOSA	TYLOR STIVEN	1192745208	7 Ayudante	22/05/2025	
JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	GUZMÁN DÍAZ	EDGAR IVÁN	1032364578	8. Oficial soldador	26/05/2025	
JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	JIMÉNEZ OCHOA	CAMILO GIOVANNY	1032372303	9. Oficial instalador	26/05/2025	
JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	GONZÁLEZ GARCÍA	JOSE JAIME	1019036023	10. Oficial instalador	26/05/2025	
JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	LÓPEZ GUTIÉRREZ	ANDRÉS FABIÁN	1022999859	11. Instalador	27/05/2025	06/06/2025
JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	VALENCIA PACHECO	JUAN DAVID	1025524035	12 Instalador	27/05/2025	06/06/2025

JOHN JAIRO BELTRÁN OÑATE	CASTRO BUSTOS	JUAN CAMILO	1015475976	13 Instalador	11/06/2025	28/06/2025
GRUPO INARCO S.A.S	PARRA PARADA	MARTHA YADIRA	52182593	14 Profesional social	28/05/2025	
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	BERRIO	FELIX ANTONIO	1193099949	15 Ayudante	03/07/2025	
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	AGUIRRE PLAZAS	EDGAR	79667411	16 Encargado	03/07/2025	
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	ALVARADO DAZA	ANDRÉS FELIPE	1031160036	17 Oficial	03/07/2025	
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	AGUIRRE PLAZAS	FERNANDO	79771246	18 Oficial	03/07/2025	
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	HERNÁNDEZ BLANDÓN	CRISTIAN DAVID	10230926473	19 Oficial	11/07/2025	
INDEPENDIENTE	CORONADO	PLUTARCO ENRIQUE	19298921	20 Oficial	16/07/2025	
MAC INGENIERÍA E INNOVACIÓN S.A.S	RAMÍREZ SÁNCHEZ	CAMILO ANDRÉS	1033741816	22 Oficial	23/07/2025	
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	LEGUIZAMÓN TRUJILLO	ANDRÉS	1022938062	21 Oficial	30/07/2025	

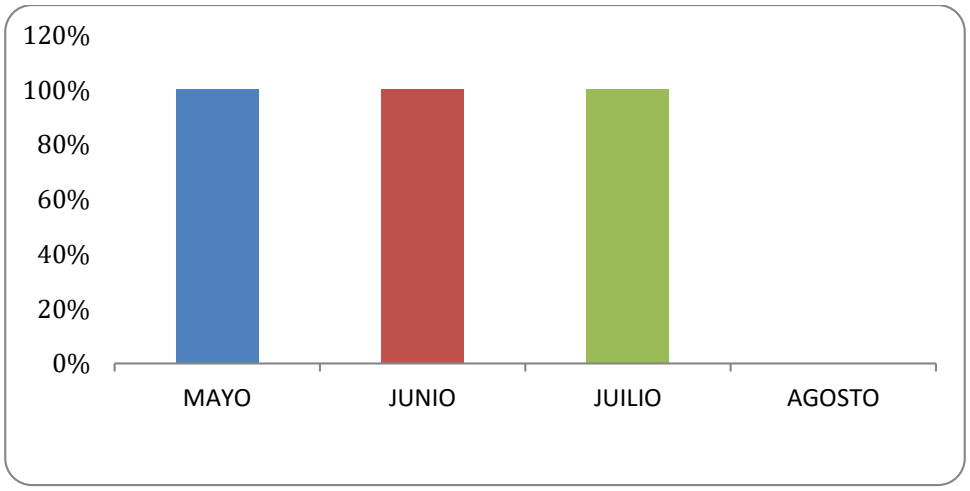
Fuente: GRUPO INARCO.

2. PROGRAMA DE CAPACITACIONES

Objetivo: Capacitar a los trabajadores sobre seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente, basado en los factores de riesgos laborales identificados para la ejecución del proyecto de “REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE”

Tienen la finalidad de preparar a los colaboradores del Contrato de obra No. 1041 de 2024, a trabajar de manera segura para prevenir lesiones e incidentes mediante la toma de conciencia, se evidencian los registros.

Ilustración 1 Cumplimiento de Capacitaciones



Fuente: Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD.

Las capacitaciones y charlas diarias son para concientizar al personal administrativo y operativo del proyecto sobre los riesgos, actividades críticas, condiciones críticas, procedimientos estandarizados, promoción y prevención en la salud, etc.… esto con el fin

de mitigar accidentes y enfermedades, se evidencia cumplimiento del programa de capacitaciones.

Tabla 2. **Capacitaciones y charlas del período.**

FECHA	CHARLAS - CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO - CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA	TEMA	CAPACITADOR
04/07/2025	Charla: SST	Manipulación manual de cargas	Rosa Milena Pineda Aguirre
08/07/2025	Charla: ambiental	Salud medio ambiente. Conservación de la Biodiversidad	Rosa Milena Pineda Aguirre
11/07/2025	Charla: SST	Partes del casco- Uso adecuado de este	Rosa Milena Pineda Aguirre
17/07/2025	Charla: SST	Autocuidado	Rosa Milena Pineda Aguirre
22/07/2025	Charla: SST	Cuidado con tu entorno y durante el traslado	Rosa Milena Pineda Aguirre
24/07/2025	Charla: SST	Procedimiento de rescate Procedimiento de trabajo en alturas	Rosa Milena Pineda Aguirre

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

Ver ANEXO 1B REGISTROS DE ASISTENCIA

3. PERSONAL RETIRADO

Durante el periodo no se retiró ningún personal

Reporte de personal retirado (Administrativo-Operativo) en cuadro con los siguientes ítems: empresa, nombres y apellidos, No. de identificación, cargo, fecha de ingreso.

Tabla 3. **Reporte de personal retirado.**

Reporte de personal retirado

EMPRESA	APELLIDOS	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
SOLUCIONES INTEGRALES AYL	CASTILLO MONTILLA	JAVIER ALEXANDER	6686826	Oficial	08/05/2025	21/08/2025
ANDIOS	RAMÍREZ PARRA	WILLIAM ALFREDO	79919714	Oficial	22/05/2025	12/07/2025
ANDIOS	ORTEGÓN	WILLIAM ALBERTO	94306353	Oficial	22/05/2025	12/07/2025

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

Ver ANEXO 1C PERSONAL RETIRADO

3.1 Relación total de personal:

Tabla 4 Relación de personal

Relación total de personal:	
Personal Antiguo	11
Personal Nuevo	8
Personal Retirado	3
Total	16

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S

4. ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

Durante el presente periodo no se presentaron accidentes laborales:

Se anexa certificado de accidentalidad correspondiente al periodo.

Tabla 5 Accidentalidad periodo 03 de Junio al 02 de Julio de 2025.

FECHA AT	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CONTRATISTA	TIPO DE LESIÓN	PARTE DEL CUERPO AFECTADO	DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S

El Índice de Ausentismo fue 0,0.Durante el periodo de este informe, cero (0) días de ausentismo por AT y (0) días de ausentismo por enfermedad general y laboral.

Tabla 6 Ausentismos en el período

Accidentes de Trabajo	0
Enfermedad General	0
Enfermedad Laboral	0
Total, de días perdidos	0

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S

Ver ANEXO 1D ACCIDENTALIDAD

5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y DOTACIÓN DEL PERSONAL

El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades, dando cumplimiento a la legislación colombiana, la empresa Grupo INARCO s.a.s; entregará dotación y elementos de protección personal de acuerdo con la actividad y se anexaron los debidos soportes.

Tabla 7 Registro entrega de dotación

CEDULA	APELLIDOS	NOMBRE	CARGO	1	2	3	4	5	6
1015435976	CASTRO BUSTOS	JUAN CAMILO	Ayudante		X	X		X	
1193099949	BERRIO	FÉLIX ANTONIO	Ayudante		X	X		X	
79667411	AGUIRRE PLAZAS	EDGAR	Encargado		X	X		X	
1031160036	ALVARADO DAZA	ANDRÉS	Oficial		X	X		X	
79771246	AGUIRRE PLAZAS	FERNANDO	Oficial		X	X		X	
10230926473	HERNÁNDEZ BLANDÓN	CRISTIAN DAVID	Oficial		X	X		X	
19298921	CORONADO	PLUTARCO ENRIQUE	Oficial		X	X		X	
1022938062	LEGUIZAMÓN TRUJILLO	ANDRÉS	oficial		X	X		X	

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S

DOTACIÓN					
1	CHAQUETA	3	CALZADO DE SEGURIDAD	5	PANTALÓN
2	CAMISA	4	CHALECO	6	OTRO ¿CUAL? Barbuquejo

Tabla 8 Registro entrega de elementos y equipos de protección personal.

CEDULA	APELLIDOS	NOMBRE	CARGO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1015435976	CASTRO BUSTOS	JUAN CAMILO	Ayudante	X	X	X	X		X	X			
1193099949	BERRIO	FÉLIX ANTONIO	Ayudante	X	X	X	X		X	X			
79667411	AGUIRRE PLAZAS	EDGAR	Encargado	X	X	X	X		X	X			
1031160036	ALVARADO DAZA	ANDRÉS	Oficial	X	X	X	X		X	X			
79771246	AGUIRRE PLAZAS	FERNANDO	Oficial	X	X	X	X		X	X			
10230926473	HERNÁNDEZ BLANDÓN	CRISTIAN DAVID	Oficial	X	X	X	X		X	X			
19298921	CORONADO	PLUTARCO ENRIQUE	Oficial	X	X	X	X		X	X			
1022938062	LEGUIZAMÓN TRUJILLO	ANDRÉS	oficial	X	X	X	X		X	X			

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

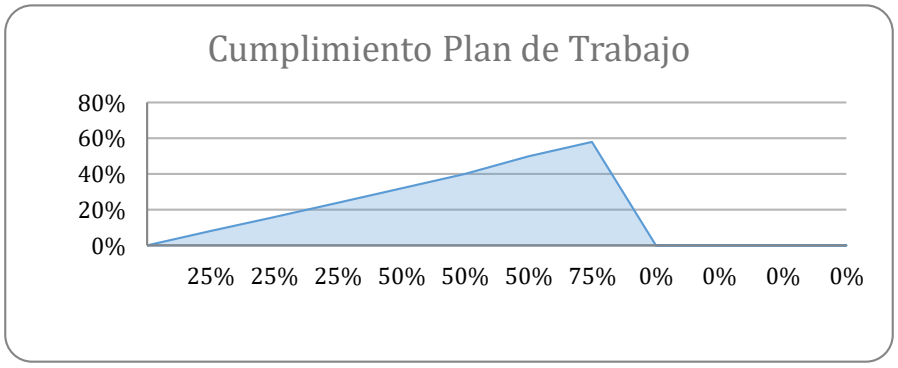
ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
1	PROTECCIÓN PARA CABEZA	4	PROTECCIÓN AUDITIVA	7	PROTECCIÓN PARA PIES
2	PROTECCIÓN PARA MANOS	5	PROTECCIÓN FACIAL	8	PROTECCIÓN CORPORAL
3	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	6	PROTECCIÓN VISUAL	9	EQUIPOS CONTRA CAÍDAS

Ver ANEXO 1.E ENTREGA DE EPP

6. PLAN ANUAL

Se ejecutaron dentro del plan anual actividades de revisión en el periodo especifico correspondiente al mes de mayo con un cumplimiento del 40.7%.

Ilustración 2 plan anual



ANEXO 1F PLAN ANUAL.

7. COMITÉS

7.1. Copasst o vigia sst

Es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo que constituye un medio importante para promocionar la Salud laboral en todos los niveles de la empresa, Grupo Inarco s.a.s, que busca acuerdos con las directivas y responsables del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en función del logro de metas y objetivos concretos, divulgar y sustentar prácticas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros.

CCL

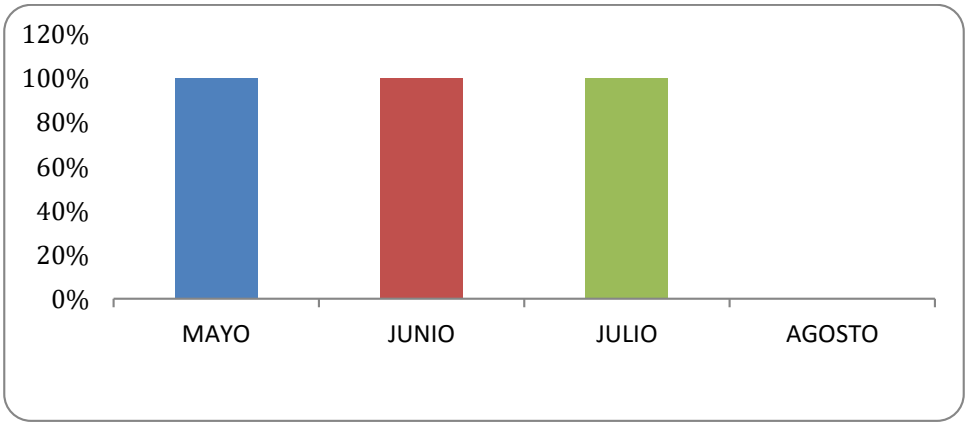
El Comité de convivencia laboral, constituye un medio importante para recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral.

ANEXO 1G COMITÉS.

8. PRE OPERACIONALES

La inspección de maquinarias y equipos es fundamental para la empresa Grupo Inarco s.a.s, ya que cualquier fallo en los equipos o maquinarias puede derivar algún accidente o incidente, por tal razón es importante llevar a cabo las debidas inspecciones pre operacionales y tomar las correspondientes acciones correctivas y preventivas estas se encuentran estipuladas dentro del anexo se encuentran el cronograma de inspecciones.

Ilustración 3 programa de inspecciones



Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

Se efectuaron las inspecciones correspondientes a maquinas equipos herramienta menor, puestos de trabajo inspecciones de EPP inspecciones a áreas etc., los registros de estas se encuentran dentro del ANEXO 1H PRE OPERACIONAL Y GESTIÓN SST.

Para las actividades contempladas en los salones comunales se realizaron los correspondientes controles administrativos dentro de esto se contempló ATS – Permisos de trabajo para tareas de alto riesgo dentro del ANEXO 1H PRE OPERACIONAL Y GESTIÓN SST, se evidencian dichos documentos.

Ver ANEXO 1H PRE OPERACIONAL Y GESTIÓN SST

9. EMERGENCIAS

Durante la ejecución de labores, se dispondrá de los recursos necesarios para la atención de emergencia tales como: camilla de rescate con sujetadores para carga inmovilizadores de miembros inferiores y superiores, Botiquín tipo B, extintores multipropósito. Dentro del anexo se encontrará el plan de emergencias.

Tan pronto se inicien actividades se realizará la inspección mensual de los elementos de emergencia:

Tabla 9 Elementos de brigada de emergencia

INSPECCIÓN EQUIPOS DE EMERGENCIA		
Ítems	Fecha	Observación
1	29/07/2025	Botiquín en buen estado
1	29/07/2025	Extintor en buen estado

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

Por preliminares de obra queda para el segundo informe la elección de brigadistas y capacitación de estos.

Ver ANEXO 1I PLAN DE EMERGENCIAS E INSPECCIÓN DE EMERGENCIAS

10. MAQUINARIA EQUIPO Y HERRAMIENTA

En el siguiente recuadro, se llevará control de maquinaria equipos y herramientas de los contratistas subcontratistas y trabajadores del GRUPO INARCO S.A.S, para el proyecto 1041 de 2024.

Tabla 10 Maquinaría Herramientas y equipos

MAQUINARIA- HERRAMIENTAS						
No.	**TIPO**	**REFERENCIA**	**MARCA**	**AÑO**	**FECHA INGRESO**	**FECHA RETIRO**
1	Pulidora Angular	UAG9608	INGCO	01/05/2024	20/05/2025	
2	Taladro Inalámbrico De 48v Robusto Percutor Tipo Industrial	DC F889M2-B2	DEWALT	N/A	20/05/2025	
3	Tronzadora	D28730	DEWALT	N/A	26/05/2025	
4	Compresor	TYPE YS 90S-4	XINYA	N/A	26/05/2025	
5	Pulidora	DWE 4559-B3	DEWALT	N/A	26/05/2025	
6	Equipo de soldadura	EN60974-1	LINCOLN	N/A	26/05/2025	
7	Taladro	ROTO-1/2ª8	TRUPER	N/A	24/06/2025	
8	Taladro	PC650ID13	BAUKER	30/10/2024	01/08/2025	
9	Pulidora	NC820AG115	BAUKER	30/10/2024	01/08/2025	

Fuente: GRUPO INARCO S.A.S,

Ver ANEXO 1J HOJAS DE VIDA DE LAS HERRAMIENTA

11. ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Las acciones preventivas buscan eliminar o minimizar riesgos potenciales antes de que ocurran, mientras que las acciones correctivas se implementan para corregir no conformidades detectadas y evitar que vuelvan a ocurrir.

Durante el periodo del 03 de julio al 02 de agosto no se efectuó ninguna acción correctiva.

Ver ANEXO 1K ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

12. COMPETENCIA Y SEGURIDAD

Un certificado de idoneidad es un documento que acredita que una persona tiene las habilidades, conocimientos y competencias necesarias para realizar una labor específica de manera segura y efectiva. En muchos campos, especialmente aquellos que involucran riesgos para la salud y la seguridad, como el trabajo en alturas, manejo de sustancias peligrosas o trabajos eléctricos entre otros. Es fundamental para reducir riesgos, cumplir con regulaciones y mejorar la calidad del trabajo por ende se valida que el personal que ejecuta tareas de alto riesgo cuente con las competencias estas se encuentran en el ANEXO 1L CERTIFICADOS DE IDONEIDAD.

Ver ANEXO 1L CERTIFICADOS DE IDONEIDAD.

13. SUBSANACIÓN DE LAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA INTERVENTORÍA.

Dentro del informe SST#2 por parte de la interventoría generaron observaciones a subsanar las cuales se encuentran en el ANEXO 1M SUBSANACIÓN DE LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR INTERVENTORÍA.

Por lo anterior la interventoría realiza la siguiente recomendación. Se recomienda contar con vigía y/o COPASST, Comité de convivencia perteneciente al proyecto.

Se adiciona a la carpeta el acta de vigía propia del proyecto y se adiciona acta de conformación del CCL con el fin de subsanar dicha recomendación.

Ver ANEXO 1M SUBSANACIÓN DE LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR INTERVENTORÍA.

14. RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS DE OFICIOS

Conforme a la solicitud emitida por la supervisión de la Alcaldía Local de Suba, se anexan los oficios de respuesta por parte del Grupo Inarco de acuerdo a los oficios emitidos a través de la interventoría de Abdo Salgado Ayola.

Ver ANEXO 1N RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS (OFICIOS)

15. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.

Supervisión de actividades:

Durante el periodo de este informe se realizó las siguientes actividades:

- Inducción de seguridad y salud en el trabajo al personal.
- Recorridos, supervisión y revisión de riesgos condiciones y actos inseguros en área.
- Ejecución de charlas, calistenia pausas activas, con personal operativo.
- Inicio de actividades SST (inspecciones, ATS, entrega de EPP,) a personal operativo
- Revisión de la señalización en área al inicio de las actividades y al finalizar.
- Revisión de afiliaciones a personal operativo.
- Revisión de exámenes ocupacionales de personal operativo.
- Revisión de afiliaciones y planillas de seguridad social del personal durante el ingreso.

- **REGISTRO FOTOGRÁFICO**

ACTIVIDADES DEL PROYECTO							
							
Foto No.	01	**Fecha**	31/07/2025	**Foto No.**	02	**Fecha**	15/07/2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S			**Fuente**	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	SANTA HELENA			**Dirección / Ubicación**	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	INDUCCIÓN DE PERSONAL			**Observaciones particulares / Descripción**	PAUSAS ACTIVAS		

ACTIVIDADES DEL PROYECTO							
							
Foto No.	03	**Fecha**	15/07/2025	**Foto No.**	04	**Fecha**	15/07/2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S			**Fuente**	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	TRINITARIA			**Dirección / Ubicación**	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	PAUSAS ACTIVAS			**Observaciones particulares / Descripción**	PAUSAS ACTIVAS		

<table>
<tr>
<td> 
</td>
<td>  </td>
</tr>
<tr>
<td>

Foto No.	05	**Fecha**	15-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	PAUSAS ACTIVAS		

</td>
<td>

Foto No.	06	**Fecha**	25-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	ACOMPAÑAMIENTO COMITÉ DE VEEDURÍA		

</td>
</tr>
</table>

ACTIVIDADES DEL PROYECTO

<table>
<tr>
<td> 
</td>
<td>  </td>
</tr>
<tr>
<td>

Foto No.	07	**Fecha**	30/07/2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	COSTA AZUL		
Observaciones particulares / Descripción	PARTICIPACIÓN EN COMITÉ DE VEEDURÍA		

</td>
<td>

Foto No.	08	**Fecha**	16/06/2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	ALCALDÍA LOCAL DE SUBA		
Observaciones particulares / Descripción	PARTICIPACIÓN EN COMITÉ DE OBRA		

</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td> 
</td>
<td> 
</td>
</tr>
<tr>
<td>
<table>
<tr><td>Foto No.</td><td>09</td><td>Fecha</td><td>31-07-2025</td></tr>
<tr><td>Fuente</td><td colspan="3">GRUPO INARCO S.A.S</td></tr>
<tr><td>Dirección / Ubicación</td><td colspan="3">COSTA AZUL</td></tr>
<tr><td>Observaciones particulares / Descripción</td><td colspan="3">SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES</td></tr>
</table>
</td>
<td>
<table>
<tr><td>Foto No.</td><td>10</td><td>Fecha</td><td>07-07-2025</td></tr>
<tr><td>Fuente</td><td colspan="3">GRUPO INARCO S.A.S</td></tr>
<tr><td>Dirección / Ubicación</td><td colspan="3">CATALUÑA</td></tr>
<tr><td>Observaciones particulares / Descripción</td><td colspan="3">SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td> 
</td>
<td> 
</td>
</tr>
<tr>
<td>
<table>
<tr><td>Foto No.</td><td>11</td><td>Fecha</td><td>07-07-2025</td></tr>
<tr><td>Fuente</td><td colspan="3">GRUPO INARCO S.A.S</td></tr>
<tr><td>Dirección / Ubicación</td><td colspan="3">CATALUÑA</td></tr>
<tr><td>Observaciones particulares / Descripción</td><td colspan="3">SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES</td></tr>
</table>
</td>
<td>
<table>
<tr><td>Foto No.</td><td>12</td><td>Fecha</td><td>25-07-2025</td></tr>
<tr><td>Fuente</td><td colspan="3">GRUPO INARCO S.A.S</td></tr>
<tr><td>Dirección / Ubicación</td><td colspan="3">CATALUÑA</td></tr>
<tr><td>Observaciones particulares / Descripción</td><td colspan="3">SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>



Foto No.	13	**Fecha**	07-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	CATALUÑA		
Observaciones particulares / Descripción	SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES		



Foto No.	14	**Fecha**	12-06-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	FIRMAS DE PERMISO DE TRABAJO		



Foto No.	15	**Fecha**	11-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	INDUCCIÓN SST		



Foto No.	16	**Fecha**	31-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	COSTA AZUL		
Observaciones particulares / Descripción	ENTREGA DE EPP		

							
Foto No.	17	**Fecha**	31-07-2025	**Foto No.**	18	**Fecha**	29-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S			**Fuente**	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	SANTA HELENA			**Dirección / Ubicación**	TRINITARIA		
Observaciones particulares / Descripción	ENTREGA DE EPP			**Observaciones particulares / Descripción**	INSPECCIÓN EQUIPOS DE EMERGENCIA		

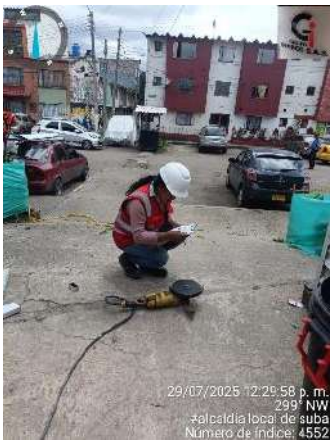
							
Foto No.	19	**Fecha**	29-07-2025	**Foto No.**	20	**Fecha**	29-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S			**Fuente**	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	TRINITARIA			**Dirección / Ubicación**	CATALUÑA		
Observaciones particulares / Descripción	INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE EMERGENCIA			**Observaciones particulares / Descripción**	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS		

							
Foto No.	19	**Fecha**	24-07-2025	**Foto No.**	20	**Fecha**	05-07-2025
Fuente	GRUPO INARCO S.A.S			**Fuente**	GRUPO INARCO S.A.S		
Dirección / Ubicación	SANTA HELENA			**Dirección / Ubicación**	CATALUÑA		
Observaciones particulares / Descripción	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS			**Observaciones particulares / Descripción**	ORDEN Y ASEO		

- **ANEXO 1A. AFILIACIONES - INDUCCIONES- CERTIFICADOS DE COMPENTENCIAS-EXAMENES.**
- **ANEXO 1B. REGISTROS DE ASISTENCIAS A CAPACITACIONES.**
- **ANEXO 1C. PERSONAL RETIRADO- PAZ Y SALVOS.**
- **ANEXO 1D. CERTIFICADO DE ACCIDENTALIDAD - INDICADORES RESOLUCIÓN 0312.**
- **ANEXO 1E. ENTREGA DE EPP, MATRIZ DE EPPS.**
- **ANEXO 1F. PLAN ANUAL Y SOPORTES.**
- **ANEXO 1G.COMITES VIGÍA SST Y CCL.**
- **ANEXO 1H. PRE OPERACIONAL-PERMISOS – ATS.**
- **ANEXO 1I. INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE EMERGENCIA.**
- **ANEXO 1J. HOJA DE VIDA DE HERRAMIENTAS- EQUIPOS.**
- **ANEXO 1K. ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.**
- **ANEXO 1L CERTIFICADOS DE IDONEIDAD**
- **ANEXO 1M SUBSANACIÓN DE LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR INTERVENTORÍA.**
- **ANEXO 1N RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS (OFICIOS)**

ANEXO 1.A

PERSONAL AFILIACIONES - INDUCCIONES- EXÁMENES DE INGRESO- RESOLUCIONES DE IPS

El Suscrito Representante Legal De
GRUPO INARCO SAS
NIT. 900.042.482-1

CERTIFICA

Que la sociedad GRUPO INARCO S.A.S., en cumplimiento de lo establecido por la Ley 789 de 2002, declara bajo juramento que se encuentra al día en el pago de todas sus obligaciones legales relacionadas con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, así como los aportes a la caja de compensación familiar, ICBF y SENA, en los casos en que corresponda. Esta certificación cubre el cumplimiento de dichos pagos en relación con sus empleados durante un período no inferior a seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de esta declaración.

La presente certificación se expide el cinco (05) de agosto de 2025.

Cordialmente,

MARIO DE JESUS SALAZAR
CC 19.499.723
Representante Legal

JOHANNA ROMERO RICO
CC 53.116.029
TP 243517-T

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

243517-T



JOHANNA ANDREA
ROMERO RICO
C.C. 53116029
RES. INSCRIPCION 518 DEL 22/06/2018
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

OSCAR EDUDARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

250668 268685

Escaneado con CamScanner

Identificación Plástica S.A. 180017/0118

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

Escaneado con CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4209782E44CB6E28

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOHANNA ANDREA ROMERO RICO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 53116029 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 243517-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *
* *
* *

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Bogotá, D.C., Julio 30 de 2025

CONTRATO N°1041-2024

Señores:
Fondo de Desarrollo Local De Suba.
A/A Ing. Abdo Salgado Ayola.
Interventor.
Ciudad.

REF.: Contrato n° 1041 de 2024 cuyo objeto es “reparaciones locativas y/o mantenimiento para salones comunales de las juntas de acción comunal de la localidad de suba, a precios unitarios fijos y a monto agotable”

Asunto: Certificado de novedades de ingreso Grupo inarco

Respetado ingeniero,

Yo, Rosa Milena Pineda Aguirre identificada con número de cedula N° 1.030.603.965 de Bogotá D.C; Profesional SST Certifico que durante el periodo comprendido del 01 al 30 de Julio de 2025 se presentaron las siguientes novedades de ingreso.

CONSTRUCCIONES EYP S.AS	BERRIO	FÉLIX ANTONIO	1193099949	Ayudante
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	AGUIRRE PLAZAS	EDGAR	79667411	Encargado
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	ALVARADO DAZA	ANDRÉS FELIPE	1031160036	Oficial
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	AGUIRRE PLAZAS	FERNANDO	79771246	Oficial

CONSTRUCCIONES EYP S.AS	HERNÁNDEZ BLANDÓN	CRISTIAN DAVID	10230926473	Oficial
INDEPENDIENTE	CORONADO	PLUTARCO ENRIQUE	19298921	Oficial
MAC INGENIERÍA E INNOVACIÓN S.A.S	RAMÍREZ SÁNCHEZ	CAMILO ANDRÉS	1033741816	Oficial
CONSTRUCCIONES EYP S.AS	LEGUIZAMÓ N TRUJILLO	ANDRÉS	1022938062	Oficial

Y las siguientes novedades de retiro de personal

SOLUCIONES INTEGRALES AYL	CASTILLO MONTILLA	JAVIER ALEXANDER	6686826	Oficial
ANDIOS	RAMÍREZ PARRA	WILLIAM ALFREDO	79919714	Oficial
ANDIOS	ORTEGÓN	WILLIAM ALBERTO	94306353	Oficial

Del Grupo Inarco y subcontratistas en el marco del contrato 1041 de 2024.

Atentamente,

ROSA MILENA PINEDA AGUIRRE
Profesional SST.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830071005-1	ANDIOS ANDINA INGENIERIA YANDIOS SAS OBRAS SAS		Calle 3 C No 40 C - 25	3132210800	andios.andina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88267631	$186.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	15.200	0		0		0	0	0	0	15.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	15.200	0		0		0	0	0	0	15.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	121.600	0	0	0	0	0	0		121.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	4.000				4.000	0	0	4.000			40	4.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.400	0	0	30.400	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	30.400	30.400
Pensión	1	121.600	121.600
Riesgos Laborales	1	4.000	4.000
CCF	1	30.400	30.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	186.400	186.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830071005-1	ANDIOS ANDINA INGENIERIA YANDIOS SAS OBRAS SAS	Calle 3 C No 40 C - 25	3132210800	andios.andina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88267631	$186.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. x exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79919714	RAMIREZ PARRA WILLIAM ALFREDO	1	0			S	X																25-14	379.600	60.800	0	0	0	0	EPS005	379.600	15.200	14-7	379.600	1	2.000	CCF24	379.600	15.200	0	0	0	0	0
2	CC	94306353	ORTEGON WILLIAM ALBERTO	1	0			S	X																25-14	379.600	60.800	0	0	0	0	EPS037	379.600	15.200	14-7	379.600	1	2.000	CCF24	379.600	15.200	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52182593	MARTHA YADIRA PARRA PARADA	CALLE 2B # 69A-20 APTO 201	2045999	MARTHACHIFER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	04/08/2025	88723593	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52182593	MARTHA YADIRA PARRA PARADA		CALLE 2B # 69A-20 APTO 201	2045999	MARTHACHIFER@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	04/08/2025	88723593	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52182593	PARRA PARADA MARTHA YADIRA	57	0			N	R																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900042482-1	GRUPO INARCO SAS	CL 24B #81C-05	7684589	info@grupoinarco.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					20	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88233660	$15.047.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	293.900	0		0		0	0	0	0	293.900	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	414.000	0		0		0	0	0	0	414.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	556.600	0		0		0	0	0	0	556.600	6
EPS010	EPS Sura	800088702-2	217.000	0		0		0	0	0	0	217.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	421.400	0		0		0	0	0	0	421.400	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	213.800	0		0		0	0	0	0	213.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	822.500	0	0	0	0	0	0		822.500	2
230301	Porvenir	800224808-8	3.773.200	0	0	0	0	0	0		3.773.200	9
231001	Colfondos	800227940-6	742.600	0	0	0	0	0	0		742.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.465.000	0	0	0	0	0	0		2.465.000	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	3.010.400				3.010.400	0	0	3.010.400			30.104	3.010.400	20

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.116.700	0	0	2.116.700	20

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900042482-1	GRUPO INARCO SAS		CL 24B #81C-05	7684589	info@grupoinarco.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					20	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88233660	$15.047.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	2.116.700	2.116.700
Pensión	4	7.803.300	7.803.300
Riesgos Laborales	1	3.010.400	3.010.400
CCF	1	2.116.700	2.116.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	15.047.100	15.047.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900042482-1	GRUPO INARCO SAS		CL 24B #81C-05	7684589	info@grupoinarco.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					20	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88233660	$15.047.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000698902	MURCIA DURAN LAURA SOFIA	1	0			S								X									230201	2.810.639	449.800	0	0	0	0	EPS017	2.810.639	112.500	14-23	2.810.639	3	68.500	CCF24	2.810.639	112.500	0	0	0	0	0
2	CC	1016112173	VIVAS RAMIREZ JULIETH NATALIA	1	0			S								X									230301	2.858.802	457.500	0	0	0	0	EPS017	2.858.802	114.400	14-23	2.858.802	3	69.700	CCF24	2.858.802	114.400	0	0	0	0	0
3	CC	1018497235	CELIS MORA DIANA CAROLINA	1	0			S								X									230301	3.642.922	582.900	0	0	0	0	EPS010	3.642.922	145.800	14-23	3.642.922	3	88.800	CCF24	3.642.922	145.800	0	0	0	0	0
4	CC	1022399500	GOMEZ GIL JUAN SEBASTIAN	1	0			S								X									25-14	4.025.000	644.000	0	0	0	0	EPS005	4.025.000	161.000	14-23	4.025.000	5	280.200	CCF24	4.025.000	161.000	0	0	0	0	0
5	CC	1023028375	HERNANDEZ GUATIVA OSCAR OVIDIO	1	0			S								X									230301	2.485.431	397.700	0	0	0	0	EPS008	2.485.431	99.500	14-23	2.485.431	5	173.000	CCF24	2.485.431	99.500	0	0	0	0	0
6	CC	1030603965	PINEDA AGUIRRE ROSA MILENA	1	0			S								X									230301	3.026.087	484.200	0	0	0	0	EPS037	3.026.087	121.100	14-23	3.026.087	5	210.700	CCF24	3.026.087	121.100	0	0	0	0	0
7	CC	4948293	CRUZ RIVERA LUIS ENRIQUE	1	1			S								X										0	0	0	0	0	0	EPS017	2.601.524	104.100	14-23	2.601.524	5	181.100	CCF24	2.601.524	104.100	0	0	0	0	0
8	CC	52877894	LOPEZ SANABRIA CLAUDIA PATRICIA	1	0			S								X									230301	2.699.046	431.900	0	0	0	0	EPS002	2.699.046	108.000	14-23	2.699.046	3	65.800	CCF24	2.699.046	108.000	0	0	0	0	0
9	CC	52877894	LOPEZ SANABRIA CLAUDIA PATRICIA	1	0			S									X								230301	70.628	11.400	0	0	0	0	EPS002	70.628	0	14-23	70.628	3	0	CCF24	70.628	0	0	0	0	0	0
10	CC	79838484	GOMEZ CASTILLO JIMMY FERNANDO	1	0			S								X									230201	2.328.854	372.700	0	0	0	0	EPS008	2.328.854	93.200	14-23	2.328.854	5	162.100	CCF24	2.328.854	93.200	0	0	0	0	0
11	CC	80039808	ZAPATA GARCIA HECTOR OVIDIO	1	0			S																	25-14	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	160.000	14-23	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
12	CC	1033697033	TOBAR HERNANDEZ CRISTIAN CAMILO	1	0			S								X									230301	2.026.876	324.400	0	0	0	0	EPS008	2.026.876	81.100	14-23	2.026.876	5	141.100	CCF24	2.026.876	81.100	0	0	0	0	0
13	CC	1033697033	TOBAR HERNANDEZ CRISTIAN CAMILO	1	0			S									X								230301	118.625	19.000	0	0	0	0	EPS008	118.625	0	14-23	118.625	5	0	CCF24	118.625	0	0	0	0	0	0
14	CC	1083899641	RUIZ ALVAREZ HERSAID	1	0			S								X									230301	2.327.500	372.400	0	0	0	0	EPS008	2.327.500	93.100	14-23	2.327.500	5	162.000	CCF24	2.327.500	93.100	0	0	0	0	0
15	CC	14105479	GALICIA CARRILLO ANGEL ARIEL	1	0			S								X									25-14	2.741.332	438.700	0	0	0	0	EPS008	2.741.332	109.700	14-23	2.741.332	5	190.800	CCF24	2.741.332	109.700	0	0	0	0	0
16	CC	19492687	RODRIGUEZ LOPEZ JAIRO	1	3			S								X										0	0	0	0	0	0	EPS010	1.779.440	71.200	14-23	1.779.440	5	123.900	CCF24	1.779.440	71.200	0	0	0	0	0
17	CC	19492687	RODRIGUEZ LOPEZ JAIRO	1	3			S										X								0	0	0	0	0	0	EPS010	59.313	0	14-23	59.313	5	0	CCF24	59.313	0	0	0	0	0	0
18	CC	83232449	ARTUNDUAGA ASTUDILLO FERNEY	1	0			S								X									230301	2.323.438	371.800	0	0	0	0	EPS002	2.323.438	93.000	14-23	2.323.438	5	161.800	CCF24	2.323.438	93.000	0	0	0	0	0
19	CC	1000778181	ALFONSO BELLO WENDY KARINA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
20	CC	79218399	DIAZ OCHOA NELSON	1	0			S								X									231001	2.323.438	371.800	0	0	0	0	EPS005	2.323.438	93.000	14-23	2.323.438	5	161.800	CCF24	2.323.438	93.000	0	0	0	0	0
21	CC	79472721	RODRIGUEZ SALOM JOSE EDUARDO	1	0			S								X									25-14	2.322.278	371.600	0	0	0	0	EPS002	2.322.278	92.900	14-23	2.322.278	5	161.700	CCF24	2.322.278	92.900	0	0	0	0	0
22	CC	79683769	ALVAREZ CUADROS CARLOS ALBERTO	1	0			S								X									25-14	2.316.862	370.700	0	0	0	0	EPS037	2.316.862	92.700	14-23	2.316.862	5	161.300	CCF24	2.316.862	92.700	0	0	0	0	0
23	CC	79790908	VALBUENA BUITRAGO EDGAR ARMANDO	1	0			S								X									231001	2.257.550	361.300	0	0	0	0	EPS017	2.257.550	90.400	14-23	2.257.550	5	157.200	CCF24	2.257.550	90.400	0	0	0	0	0
24	CC	79790908	VALBUENA BUITRAGO EDGAR ARMANDO	1	0			S										X							231001	59.313	9.500	0	0	0	0	EPS017	59.313	0	14-23	59.313	5	0	CCF24	59.313	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024506736
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHN JAIRO BELTRAN ONATE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 54A#87D51SUR	TELÉFONO:	2460491
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	008 - FRIO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7978998423**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	5						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1626258914		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 227.800	$ 800	$ 228.600
230301	230301-PORVENIR	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 455.600	$ 1.500	$ 457.100
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 227.800	$ 800	$ 228.600
SUBTOTALES:										**$ 911.200**	**$ 3.100**	**$ 914.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 57.000	$ 200	$ 0	$ 57.200
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 57.000	$ 200	$ 0	$ 57.200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 57.000	$ 200	$ 0	$ 57.200
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 57.000	$ 200	$ 0	$ 57.200
SUBTOTALES:													**$ 228.000**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 228.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 138.800	$ 138.800	$ 500	$ 0	$ 139.300
SUBTOTALES:									**$ 138.800**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 139.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF26	CCF26-COMFACUNDI	4	$ 400	$ 100	$ 500
SUBTOTALES:			**$ 400**	**$ 100**	**$ 500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																														
1	CC 1019036023	GONZALEZ GARCIA JOSE JAIME	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	01																230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 34.700	30	$ 1.000	CCF26-COMFACUNDI	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1032364578	DIAZ GUZMAN EDGAR IVAN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	01																230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 34.700	30	$ 1.000	CCF26-COMFACUNDI	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1032372303	JIMENEZ OCHOA CAMILO GIOVANNY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 34.700	30	$ 1.000	CCF26-COMFACUNDI	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1192745208	CARVAJALINO CARDOZO TEYLOR ESTIVEN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	01																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 34.700	30	$ 1.000	CCF26-COMFACUNDI	$ 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.282.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901174665
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 A N 74 SUR -40	TELÉFONO:	2507493
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Generación de energía eléctrica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:		**7979789399**		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		2					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1635491569	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 227.800	$ 300	$ 228.100
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 478.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 478.400	$ 600	$ 479.000
230201	230201- PROTECCION	2	$ 250.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 250.600	$ 400	$ 251.000
230301	230301-PORVENIR	8	$ 1.420.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 1.420.700	$ 1.800	$ 1.422.500
SUBTOTALES:										**$ 2.377.500**	**$ 3.100**	**$ 2.380.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 112.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 112.000	$ 200	$ 0	$ 112.200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 119.700	$ 0	$ 200	$ 0	$ 119.700	$ 200	$ 0	$ 119.900
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 129.200	$ 0	$ 200	$ 0	$ 129.200	$ 200	$ 0	$ 129.400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.700	$ 0	$ 100	$ 0	$ 5.700	$ 100	$ 0	$ 5.800
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 216.700	$ 0	$ 300	$ 0	$ 216.700	$ 300	$ 0	$ 217.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 11.400	$ 0	$ 100	$ 0	$ 11.400	$ 100	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:													**$ 594.700**	**$ 1.100**	**$ 0**	**$ 595.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	14		$ 0	$ 0		$ 0	$ 731.000	$ 731.000	$ 1.000	$ 0	$ 732.000
SUBTOTALES:									**$ 731.000**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 732.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	14	$ 594.700	$ 800	$ 595.500
SUBTOTALES:			**$ 594.700**	**$ 800**	**$ 595.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																										PENSIÓN										SALUD						ARP																			
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1000801921	PEREZ ROMERO SANTIAGO ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	10	12															230301-PORVENIR	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3	$ 142.350		$ 10.000	3	$ 142.350	CCF21-CAFAM	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1030600973	RINCON GUERRERO CESAR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	09																230301-PORVENIR	22	$ 1.043.900	$ 167.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 167.100	EPS008-COMPENSAR	22	$ 1.043.900	$ 41.800	$ 0	$ 41.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	22	$ 1.043.900		$ 72.700	22	$ 1.043.900	CCF21-CAFAM	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1030609881	COBOS GONZALEZ MIGUEL ANGEL	DEPEND		$ 2.800.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 112.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.800.000		$ 121.800	30	$ 2.800.000	CCF21-CAFAM	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1030693005	COBOS GONZALEZ JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.522.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.522.000	$ 243.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.522.000	$ 60.900	$ 0	$ 60.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.522.000		$ 106.000	30	$ 1.522.000	CCF21-CAFAM	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1031181612	GIRALDO RESTREPO CRISTHIAN MATEO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	10	12															230201-PROTECCION	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3	$ 142.350		$ 10.000	3	$ 142.350	CCF21-CAFAM	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901174665
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 A N 74 SUR -40	TELÉFONO:	2507493
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Generación de energía eléctrica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979789399**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1635491569

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																		ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
6	CC 1032409431	BALLESTEROS GARZON ALEXANDER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1033695514	VERGANO CALDERON MAGIN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1033741816	RAMIREZ CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI												02-30					231001-COLFONDOS	29	$ 1.376.050	$ 220.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.200	EPS005-SANITAS S.A.	29	$ 1.376.050	$ 55.100	$ 0	$ 55.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	29	$ 1.376.050		$ 0	29	$ 1.376.050	CCF21-CAFAM	$ 55.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1033741816	RAMIREZ CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 47.450		$ 3.400	1	$ 47.450	CCF21-CAFAM	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1051288043	ROBLES FAJARDO YEYNER JAVIER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		05															230301-PORVENIR	5	$ 237.250	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 38.000	EPS005-SANITAS S.A.	5	$ 237.250	$ 9.500	$ 0	$ 9.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	$ 237.250		$ 10.400	5	$ 237.250	CCF21-CAFAM	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1074486814	CONTRERAS RAMIREZ BRAYAN YECID	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1117969134	ACOSTA MUNOZ GERSON ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	10	12															25-14 COLPENSIONES	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3	$ 142.350		$ 10.000	3	$ 142.350	CCF21-CAFAM	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 52584963	VELASCO SALCEDO OLGA LUCIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 7.500	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 5860283	COBOS SUAREZ MIGUEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 62.000	30	$ 1.423.500	CCF21-CAFAM	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 80204416	AHUMADA PINEDA MELKY XAVIER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	10	15															230301-PORVENIR	6	$ 284.700	$ 45.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 45.600	EPS017-FAMISANAR	6	$ 284.700	$ 11.400	$ 0	$ 11.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	6	$ 284.700		$ 19.900	6	$ 284.700	CCF21-CAFAM	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.303.900

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19298921	PLUTARCO CORONADO RODRIGUEZ	CALLE 128D N 86B 14	3115277316	plutarcoeoro@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I		88773343	$420.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.700	420.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19298921	PLUTARCO CORONADO RODRIGUEZ		CALLE 128D N 86B 14	3115277316	plutarcoeoro@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I		88773343	$420.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	19298921	CORONADO RODRIGUEZ PLUTARCO	57	0			N	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	2	14.900		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0080203 ****0763 T748
FTx06/08/25 13:00H.N0802 Centro Sub
202507 83 Mi Planilla
PLANILLA No.000008388773343
Identificacion19298921
VALOR PLANILLA:420,700.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:420,700.00

VALOR $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19298921	PLUTARCO CORONADO RODRIGUEZ		CALLE 128D N 86B 14	3115277316	plutarcocoro@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-07	2025-07	I		88773343	TOTAL A PAGAR	
					$420.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.700	420.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19299321	PLUTARCO CORONADO RODRIGUEZ		CALLE 128D N 86B 14	3115277316	plutarcocoro@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-07	2025-07	I		88773343	TOTAL A PAGAR	
					$420.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Vsp	Vst	Sln	Ige	Lma	Vsm	Avp	Vct	Irl	Comisión	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	19299321	CORONADO RODRIGUEZ PLUTARCO	57	0			N	X														25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	178,000	14-11	1,423,500	2	14,000		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 853 de 30/01/2023

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA SUBDIRECTORA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD.

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y,

CONSIDERANDO:

Que la entidad LECMAC MEDIC SAS, identificada con NIT 9013305891, ubicada en la KR 41 B 9 11 de la ciudad de Bogotá D.C, representada legalmente por LUIS EDUARDO CONTRERAS MORALES, identificado(a) con CC No. 79789802, ha solicitado Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Jurídica.

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa se verificó el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de seguridad y salud en el trabajo.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8º de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No: 3904 de fecha 2023-01-24.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Subdirectora de inspección, vigilancia y control de servicios de salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a LECMAC MEDIC SAS, identificada con NIT 9013305891, ubicada en la KR 41 B 9 11 de la ciudad de Bogotá D.C, representada legalmente por LUIS EDUARDO CONTRERAS MORALES, identificado(a) con CC No 79789802, como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- KR 41 B 9 11
    - Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo
    - Investigación en área técnica
    - Investigación del accidente de trabajo
    - Educación
    - Capacitación
    - Diseño, Administración y Ejecución del sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
    - Seguridad industrial

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e

intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

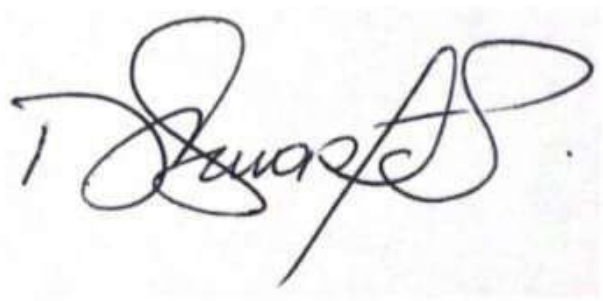
ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a LUIS EDUARDO CONTRERAS MORALES, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 30/01/2023



DORA DUARTE PRADA

Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Código de verificación: rfUZzIs7mr

Elaboró: 1013608965

Revisó: 51787955C

Aprobó: 41664170DSST

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		1100139168 - LECMAC MEDIC SAS			
Código y Nombre de la Sede		110013916801-LECMAC MEDIC SAS			
Departamento	Distrito:BOGOTÁ	Municipio	Distrito:BOGOTÁ	Dirección	CRA 41 B 9 11. Barrio: EJIDOS.
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

407 - MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0566778***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0566778

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649090 3649090 EXT 9769 - 9586 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 11 - 05 - 2023 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 30 de mayo de 2023 (6:32 p.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:315894305

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		1100139168 - LECMAC MEDIC SAS			
Código y Nombre de la Sede		110013916801-LECMAC MEDIC SAS			
Departamento	Distrito:BOGOTÁ	Municipio	Distrito:BOGOTÁ	Dirección	CRA 41 B 9 11. Barrio: EJIDOS.
Grupo del Servicio		Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica			

712 - TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0566780***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0566780

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649090 3649090 EXT 9769 - 9586 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 11 - 05 - 2023 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 30 de mayo de 2023 (6:32 p.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:483999380

Versión 3.0.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		1100139168 - LECMAC MEDIC SAS			
Código y Nombre de la Sede		110013916801-LECMAC MEDIC SAS			
Departamento	Distrito:BOGOTÁ	Municipio	Distrito:BOGOTÁ	Dirección	CRA 41 B 9 11. Barrio: EJIDOS.
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0566779***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0566779

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649090 3649090 EXT 9769 - 9586 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 11 - 05 - 2023 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 30 de mayo de 2023 (6:32 p.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:1894331045

Versión 3.0.

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL ATLÁNTICO
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

RESOLUCIÓN No. 3252 DE 03 JUNIO DE 2022

"POR MEDIO DEL CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO"

La Suscrita Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por la Resolución No.4502 del 28 de diciembre de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás disposiciones concordantes,

C O N S I D E R A N D O

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No.4502 del 28 de diciembre de 2012, por la cual reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional y se dictan otras disposiciones.

Que el artículo 1° de la Resolución No.4502 de 2012, menciona que están a cargo de las Secretarias Seccionales y Distritales de Salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1° de la Ley 1562 de 2012, previo el cumplimiento de los requisitos y procedimiento señalados en la precitada resolución.

Que la citada Resolución, en su artículo 2°, expone los requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional.

Que **GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO,** quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **72.123.227**, expedida en Santo Tomas (Atlántico), en su calidad de **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, título conferido por la **UNIVERSIDAD LIBRE,** ha solicitado licencia para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo.

Que, revisada la documentación presentada por el solicitante, esta Secretaría emite concepto favorable para la expedición de la Licencia de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, a **GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO,** quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **72.123.227.**

Que el artículo 4° de la resolución indica que se le reconocerá y renovará la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo a los profesionales universitarios con posgrado en salud ocupacional, a los profesionales universitarios en un área de salud ocupacional, a los tecnólogos en salud ocupacional y técnicos en salud ocupacional.

Que el artículo 6° de la mencionada Resolución No.4502 de 2012, señala que las licencias otorgadas tendrán carácter personal e intransferible y validez en todo el territorio nacional, por una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

Que el artículo 7° ibídem, menciona que en ningún caso la expedición de la licencia de salud ocupacional podrá tener costo y que ésta se emitirá de manera gratuita en todo el territorio nacional.

Que la documentación presentada por el solicitante, lo acredita para obtener Licencia para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo, en las áreas de: Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación de Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Investigación en área Técnica, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo.

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL ATLÁNTICO
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

RESOLUCIÓN No. 3252 DE 03 JUNIO DE 2022

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: CONCEDER RENOVACIÓN DE LICENCIA para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo como **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, a **GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO**, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **72.123.227**, en las siguientes áreas: Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación de Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Investigación en área Técnica, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo.

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia se concede por el término de vigencia de diez (10) años contados a partir de la expedición de la presente Resolución, la cual es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO TERCERO: Notificación Electrónica: Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria declarada en todo el territorio nacional mediante Resolución No. 385 del 12 de marzo de 2020 emitida por el Ministerio de salud y protección social prorrogada por medio de las Resoluciones 844,1462,2230 de 2020, la resolución 0222, 738, 1315,1913 de 2021, resolución No.304 y 666 de 28 de Abril de 2022 a lo establecido en el Decreto 154, 160, 320, 386 de 2020, 087, 218, 317 y 445 de 2021, decreto 153 Y 263 de 2022 expedido por la Gobernadora del Departamento del Atlántico, se hace necesario notificar y dar a conocer electrónicamente el contenido del presente acto administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente Resolución procede los recursos de ley, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, de conformidad con el artículo 76 de la Ley 1437 del 2011 y el art 13 de la ley 4502 del 2012. Dicho recurso deberá interponerse y sustentarse por escrito enviándose al correo electrónico saludocupacional@atlantico.gov.co.

Dada en Barranquilla, a los 03 días del mes de Junio del 2022.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

ALMA SOLANO SANCHEZ
Secretaria de Salud Departamental del Atlántico

Elaboro: Ketis Romero Navarros – Profesional
Proyectó: Francisco Uribe – Jurídica Secretaria de Salud
Reviso: Eloina Goenaga Jiménez. – Subsecretaria Salud Pública Atlántico
Reviso: Freddy García González– Profesional Especializado
Reviso: Katherine González – Jurídica – Secretaria de Salud Departamental

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: LECMAC MEDIC SAS
Nit: 901330589 1 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 03178571
Fecha de matrícula: 10 de octubre de 2019
Último año renovado: 2023
Fecha de renovación: 31 de marzo de 2023
Grupo NIIF: Grupo III.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cra 41 B # 9-11
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: gerencialecmacmedic@gmail.com
Teléfono comercial 1: 6017561510
Teléfono comercial 2: 3115815188
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cra 41B # 9-11
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: gestionlecmacmedic@gmail.com
Teléfono para notificación 1: 6017561510
Teléfono para notificación 2: 3115815188
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Pulentes Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado del 21 de septiembre de 2019 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 10 de octubre de 2019, con el No. 02514573 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada LECMAC MEDIC SAS.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Objeto Social: La sociedad tendrá por objeto principal prestar servicios mural y extramural de Medicina preventiva y del trabajo, laboratorio clínico, realización de exámenes ocupacionales, consultoría, asesoría integral especializada, capacitación y entrenamiento en temas de desarrollo empresarial en las siguientes áreas: Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Sistemas de Calidad; a su vez podrá participar como socia en sociedades cuyo objeto social fuere igual, similar, conexo o complementario de las actividades indicadas en su objeto social. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita tanto en Colombia como en el extranjero.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $240.000.000,00
No. de acciones	: 2.400,00
Valor nominal	: $100.000,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $240.000.000,00
No. de acciones	: 2.400,00
Valor nominal	: $100.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	: $240.000.000,00
No. de acciones	: 2.400,00
Valor nominal	: $100.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representación Legal: La administración y representación legal de la sociedad está en cabeza del representante legal, quien tendrá un primer y segundo suplentes que podrán reemplazarlo en sus faltas absolutas, temporales o accidentales.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Los Representantes Legales pueden celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de la sociedad.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 013 del 31 de octubre de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de noviembre de 2023 con el No. 03032374 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal	Tarazona Zamudio Yuli Yazmin	C.C. No. 1024481047

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Suplente Del Representante Legal	Jenny Paola Parada Galindo	C.C. No. 1033702632

Por Acta No. 014 del 3 de noviembre de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de noviembre de 2023 con el No. 03033887 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Suplente Del Representante Legal	Samir Esteban Barranco Muñoz	C.C. No. 1024510040

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 014 del 3 de noviembre de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de noviembre de 2023 con el No. 03033888 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal	Carlos Armando Castaño Matallana	C.C. No. 79635098 T.P. No. 140506-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 004 del 24 de febrero de 2022 de la Asamblea de Accionistas	02799350 del 3 de marzo de 2022 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8699
Actividad secundaria Código CIIU: 8691
Otras actividades Código CIIU: 7020

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Microempresa

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 0
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8699

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 10 de octubre de 2019. Fecha de envío de información a Planeación : 16 de noviembre de 2023. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 20 de noviembre de 2023 Hora: 07:59:15
Recibo No. AB23962501
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B23962501D8E2B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896229134

(415)7707212489984(8020) 000001489622913 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 0 5 8 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
LECMAC MEDIC SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 41 B 9 11

42. Correo electrónico gerencia@lecmachseq.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 5 3 9 8 6 1 5	3 1 7 4 5 7 5 5 9 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 9 0 9 2 5	8 6 9 1	2 0 1 9 0 9 2 5	7 0 2 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 14 / 18 : 29: 01

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CONTRERAS MORALES LUIS EDUARDO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14896229134

(415)7707212489984(8020) **0000014896229134**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 0 5 8 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 0 9 2 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 1 0 1 0	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 3 1 7 8 5 7 1	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 9 0 9 2 1	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 9 1 0 1 0		-
2	8 0	2 0 2 0 0 3 1 4		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14896229134

(415)7707212489984(8020) **000001489622913 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 0 5 8 9	1	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 3 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 7 8 9 8 0 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CONTRERAS	MORALES	LUIS	EDUARDO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 3 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 3 1 0 8 3 5 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
FLOREZ	TOLOZA	PAOLA	ANDREA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14896229134

(415)7707212489984(8020) **000001489622913 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 0 5 8 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 1 9 4 8 7 4 3		5 8 0 2 3 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
AGUILAR		MARTHA	SULAY

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 1 2 1 9

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 3 4 7 1 3 9		1 7 1 1 5 4 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MARULANDA	ROMERO	GUERTY	MILENA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 1 0 1 1 5

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

BOGOTÁ | SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución No 1799 de 26/02/2020

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA SUBDIRECTORA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que la entidad UMED LTDA, identificada con NIT 830015894 ubicada en la KR 21 26 06 SUR de la ciudad de Bogota D.C., representada legalmente por MARIA LUISA MOLINA MONTENEGRO, identificado(a) con No 41798687 . ha solicitado Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Jurídica.

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa se verificó el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de seguridad y salud en el trabajo.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8° de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No: 3184 de fecha 24/01/2020.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a UMED LTDA identificada con NIT 830015894, ubicada en la KR 21 26 06 SUR de la ciudad de Bogota D.C., representada legalmente por MARIA LUISA MOLINA MONTENEGRO, identificado(a) con No 41798687 , como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA .
- DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .
- EDUCACION Y CAPACITACION .
- INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO .
- PSICOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Resolución 2646 de Julio 17 de 2008 ¿ Aplicación de Bateria de Riesgo Psicosocial. .

ARTÍCULO TERCERO: La presente renovación de Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 30/07/2019

MARTHA J FONSECA S
MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

Elaboró: MLJARAMILLO
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Martha Judith Fonseca Suarez

Bogotá,D.C. Agosto 12 /2019
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Nestor Raul Garzón R
C.C #. 79.267.015 Bta
Teléfono: 316 2320268
Correo: nrgarzon@yahoo.com
Firma:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 7058 de 16/08/2019

"Por la cual se Renueva Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO, Identificado(a) con CC 79454577 de BOGOTA D C, ha solicitado la Renovación de la Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, otorgada mediante Resolución No. 6970 del 03/08/2009 , expedida por La Secretaria Distrital de Salud;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Renovar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO, Identificado(a) con CC 79454577 de BOGOTA D C, como MEDICO Y CIRUJANO GENERAL ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia renovada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.771.246

AGUIRRE PLAZAS

APELLIDOS

FERNANDO

NOMBRES

FIRMA

EPS = Famisanar
pencion = colpensiones =
Direccion = cll66D sur
Telefono = 3TBH57 1820


FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1975

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

17-MAR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00007641-M-0079771246-20080508 0000277404A 1 1230007139

Medellín, 01 de July 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 CONSTRUCCIONES EYP 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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79771246	AGUIRRE PLAZAS FERNANDO	02/07/2025		215128T1	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 01/07/2025 17:42:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.244.134, 198.143.41.24, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

02 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional X B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente X 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					
AGUIRRE	PLAZAS	FERNANDO			

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	79771246	Femenino ☐ Masculino X	F ☐ M X Otro ☐ Cual	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	Caqueta	Florencia	27 08 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización (IBC)	25. Tarifa contribución solidaria
Sura	Colpensiones	1'423,500	

26. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 66 D Sur 10-12 Cund Bta		3134511820	fernandoaguirre@gmail.com

Cabecera Municipal X Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

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

27. Apellidos y nombres					

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

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

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Famisanar Cabeza de Familia 2025 02 JUL 10 2025

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
01	
02	
03	
04	
05	

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

55. Nombre o razón social: Construcciones EyP SAS

56. Tipo de documento de identificación: Nit

57. Número del documento de identificación: 901600381

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: Cra 87 g 57-64 3102447347 sonia.ramos@sinpalogos Bta Cund

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 cotización en la EPS. Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [X] 9. Inicio de relación laboral o 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 de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
				02072025

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. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o 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 al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporta 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Fernando Aguirre Plazas — EFREN PLAZA

80. El cotizante, Cabeza de familia o Representante autorizado aportante o afiliado adicional — 81. Apoderado o autorizado aportante de la afiliación colectiva, Institución Prestadora de Servicios de Salud o Caja de Compensación Familiar

X. ANEXOS

82. Anexa copia del documento de identidad (Cantidad) — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de radicación (D D / M M / A A A A)	97. Número radicación	OBSERVACIONES:
02/07/2025		

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FERNANDO AGUIRRE PLAZAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79771246,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2025** 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 01 de julio 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a **PLAZAS AGUIRRE FERNANDO, CC - 79771246**, está afiliado(a) desde **01/07/2025**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES LRP SAS**, con NIT: **9007032933**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-02**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **01 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCCIONES EYP SAS NIT: 901600031-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
AGUIRRE PLAZAS FERNANDO	Masculino	49 Años	CC (Tipo)	79771246 (Número)

Cargo **ENCARGADO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: AGUIRRE PLAZAS FERNANDO
CC 79771246

Bogotá D.C, 15 de Julio de 2025

Señor(a),

AGUIRRE PLAZAS FERNANDO

Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de ENCARGADO el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Usar elementos de protección adecuados en forma correcta según área de trabajo.
- Pausas activas durante jornada laboral.
- Capacitación en higiene postural y trabajo en alturas
- Incluir en los programas de vigilancia epidemiológico de acuerdo con los riesgos evidenciados en la matriz de peligros.
- Hábitos y estilo de vida saludable.
- Dieta balanceada y ejercicio frecuente

Entregado por:

Firma
Nombre Completo:
Cargo: Profesional SST

Recibido por:

Firma
Nombre Completo: Fernando
Número de identificación 79721216

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Fernando Aguirre plaza

Número de identificación *

79771246

Cargo *

Oficial

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [ ] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [x] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Nombre completo *

Fernando Aguirre plaza oficial

Número de Identificación *

79771246

Cargo *

Oficial

¿Qué equipos opera? *

Eramieta mallor menor

Describa su labor *

Cotrucion

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	◉	○
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	○	◉
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	○	◉
Gases y vapores	○	◉
Polvos orgánicos, inorgánicos	◉	○
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	◉	○
Hongos	○	◉
Parásitos	○	◉
Mordeduras	◉	○
Bacterias	○	◉
Picaduras	◉	○
Fluidos o excrementos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	◉	○
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	○	◉
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	○	◉
Accidentes de transito	○	◉
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	○	◉
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	◉	○
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	○	◉

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Casco gafas tapaoidos botas guantes tapaoidos

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.193.099.949
BERRIO BERRIO

APELLIDOS
FELIX ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



Direccion: Tv20C69lSur02
Telefono: 3004500890
eps: Sanita.
Fondo de pensión: Sura



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1995
RIOSUCIO
RIO SUCIO (CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

24-AGO-2015 RIO SUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1703400-00760675-M-1193099949-20151111 0047393513A 1 43773552

Medellín, 01 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

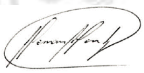
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES EYP SAS.

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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193099949	BERRIO BERRIO FELIX ANTONIO	02/07/2025		20524241	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 01/07/2025 17:41:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.244.134, 198.143.41.24, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 02 07 2025

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante o Cabeza de Familia X | B. Beneficiario o Afiliado adicional | C. Institucional | D. Colectivo | E. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Sí | No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante | B. Cabeza de Familia X | C. Beneficiario | D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

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

9. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BERRIO	BERRIO	FELIX	ANTONIO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de identificación	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1193999949	Masculino X	F M T NB Otro		Colombiano

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombiano	Choco	Riosucio	08 07 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Valor ingreso mensual	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	Proteccion	1'423,500	

26. Residencia	Teléfono Fijo
Trans 20 C 69 I Sur 02	

Celular	Correo Electrónico
3004500890	felixantonioberrio20@gmail.com

Ubicación: País	Municipio / Localidad	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural
Cundinamarca	Bogota		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 31. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál) | 32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento

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				

E.P.S. SANITAS
OFICINA CALLE 57
02/JULIO/2025
Recibido por: DEISY DEVIA
Fecha ____ Hora ____

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de 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 de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (Sí / No)	48. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Sí / No / Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Sí / No)
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a cargo del cotizante)
01					
02					
03					
04					
05					

	Dirección	Localidad / Municipio	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

33. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 34. Código de la IPS (si registra por la EPS)

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

Construcciones EyPSAS NIT 901600031

65. Ubicación
Cra 87 g # 57 - 64 SU1

Correo electrónico: sandramr025@yahoo.es

Departamento: Cund

Municipio: Bta

3102447397

66. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [X] 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 traslado de portabilidad al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribuyente Solidario.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

65. EPS anterior | 66. Fecha de radicado: 02072025 | 67. Motivo de traslado: Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley 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 al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para ser cotizante o la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Nombre, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Felix Berro Berrio

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva o responsable del pago: GREN PLAZAS

X. ANEXOS

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

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE AFILIACIONES ESPECIALES

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 AFILIACIONES ESPECIALES

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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación

E.P.S. SANITAS
OFICINA CALLE 57
02/JULIO/2025

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y conoce lo expuesto en el capítulo VI del formulario.

Datos del funcionario que recibe | Sello de Radicado | Recibido para procesamiento

Recibido por: DEISY DEVIA
Fecha ____ Hora ____

DEISY DEVIA MOLANO
ASESORA COMERCIAL
C.C.1030.220.110

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERRIO BERRIO FELIX ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **1.193.099.949** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de octubre de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a **BERRIO BERRIO FELIX ANTONIO, CC - 1193099949** , está afiliado(a) desde **01/07/2025**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES LRP SAS**, con NIT: **9007032933**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-02**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **01 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCCIONES EYP SAS NIT: 901600031-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BERRIO BERRIO FELIX ANTONIO	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1193099949 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: BERRIO BERRIO FELIX ANTONIO
CC 1193099949

Bogotá D.C, 15 de Julio de 2025

Señor(a),

BERRIO BERRIO FELIX ANTONIO

Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de AYUDANTE el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Usar elementos de protección adecuados en forma correcta según área de trabajo.
- Pausas activas durante jornada laboral.
- Capacitación en higiene postural y trabajo en alturas
- Incluir en los programas de vigilancia epidemiológico de acuerdo con los riesgos evidenciados en la matriz de peligros.
- Hábitos y estilo de vida saludable.
- Dieta balanceada y ejercicio frecuente

Entregado por:

Firma:
Nombre Completo:
Cargo:

Recibido por:

Firma
Nombre Completo:
Número de identificación

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Félix Antonio Berrio Berrio

Número de identificación *

1193099949

Cargo *

Ayudantes

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Nombre completo *

Félix Antonio Berrio Berrio

Número de Identificación *

1193099949

Cargo *

Ayudante

¿Qué equipos opera? *

Es rramienta

Describa su labor *

Contrucción reparado

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	○	◉
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	○	◉
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	◉	○
Gases y vapores	○	◉
Polvos orgánicos, inorgánicos	◉	○
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	◉	○
Hongos	○	◉
Parásitos	○	◉
Mordeduras	◉	○
Bacterias	○	◉
Picaduras	◉	○
Fluidos o excrementos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	○	◉
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	○	◉
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	○	◉
Accidentes de transito	◉	○
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	○	◉
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	◉	○
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	○	◉

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Carco guantes tapa ohoy bota

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Medellín, 10 de July 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 CONSTRUCCIONES EYP 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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023926473	HERNANDEZ BLANDON CRISTHIAN DAVID	11/07/2025		92012531	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 10/07/2025 13:44:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.21, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 11 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

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

3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

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

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

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres															
Primer apellido: Hernandez		Segundo apellido: Blandon.		Primer nombre: Cristhian				Segundo nombre: David							

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023926478	Femenino ☐ Masculino ☒	28 07 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización-IBC
Sura	Porvenir	$423,800

18. Residencia					
Cra 12A Bis este 46-00			312 391 2386		
Dirección			Teléfono		Correo electrónico
Bogotá	Zona: Urbana ☒ Rural ☐			Cund	
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna		Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Salud Total
RECIBIDO PARA ESTUDIO
11 JUL 2025
CORREDOR: GRUPO ALIANZA SOLUCIONES EMPRESARIALES
NIT. 800496263

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo N	M	Condición T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Construcciones EyP SAS	NIT	901600031	

39. Ubicación						
Cra 87 G 57-64 Sur1		3102447347		sandramo0208@hotmail.com	Bta	Cund
Dirección		Teléfono		Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

F385-RVA V.1.0-2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación 11 07 2025

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 11 07 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Cristian Hernandez

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

EFREN PLAZAS

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación 11 Jul 2025	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ BLANDON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.926.473**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Julio 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **HERNANDEZ BLANDON CRISTHIAN, CC - 1023926473**, está afiliado(a) desde **10/07/2025**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES LRP SAS**, con NIT: **9007032933**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-11**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **10 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCCIONES EYP SAS NIT: 901600031-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ BLANDON CRISTHIAN DAVID	Masculino	31 Años	CC (Tipo)	1023926473 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Cristhian Hernandez
Nombre: HERNANDEZ BLANDON CRISTHIAN DAVID
CC 1023926473

Bogotá D.C, 15 de Julio de 2025

Señor(a),

HERNANDEZ BLANDÓN CRISTHIAN DAVID
Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de OFICIAL el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Usar elementos de protección adecuados en forma correcta según área de trabajo.
- Pausas activas durante jornada laboral.
- Capacitación en higiene postural y trabajo en alturas
- Incluir en los programas de vigilancia epidemiológico de acuerdo con los riesgos evidenciados en la matriz de peligros.
- Hábitos y estilo de vida saludable.
- Dieta balanceada y ejercicio frecuente

Entregado por:

Firma
Nombre Completo:
Cargo: Profesional SST

Recibido por:

Firma
Nombre Completo: Cristian David Hernandez
Número de identificación : 1023926473

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

11 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Cristian David Hernández Blandón

Número de identificación *

1023926473

Cargo *

Oficial Pintura

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

11 / 07 / 2025

Nombre completo *

Cristian David Hernández Blandón

Número de Identificación *

1023926473

Cargo *

Oficial Pintura

¿Qué equipos opera? *

Taladro Pulidora

Describa su labor *

Pinturas Y Acabados En General

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	○	◉
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	○	◉
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	○	◉
Gases y vapores	○	◉
Polvos orgánicos, inorgánicos	○	◉
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	◉	○
Hongos	○	◉
Parásitos	○	◉
Mordeduras	◉	○
Bacterias	◉	○
Picaduras	◉	○
Fluidos o excrementos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	◉	○
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	◉	○
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	◉	○
Accidentes de transito	◉	○
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	◉	○
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	◉	○
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	○	◉

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Casco Tapaoidos gafas Botas Seguridad Guantes

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.667.411
AGUIRRE PLAZAS

NOMBRES
EDGAR

FIRMA



EPS: Compensar

Pensión: Protección

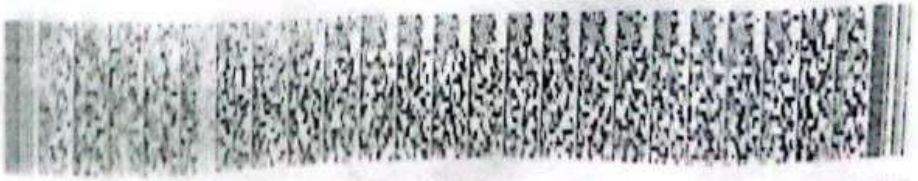
Dirección: Transversal 18i #76-04 Sur

Teléfono: 300 980 6134



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1973
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAR-1992 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00224[illegible] M-0079667411-20100617 0022298A[illegible] 1320727067

Medellín, 01 de July 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 CONSTRUCCIONES EYP 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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79667411	AGUIRRE PLAZAS EDGAR	02/07/2025		14818745	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 01/07/2025 17:40:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.244.134, 198.143.41.24, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

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



No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 02/JULIO/2025

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: AGUIRRE	Segundo Apellido: PLAZAS	Primer Nombre: EDGAR	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	79667411	Femenino ☐ Masculino ✔	F ☐ M ✔ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
COLOMBIANO	COLOMBIA	FLORENCIA	CAQUETA	28/08/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
		Si ☐ No ☐	

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PROTECCIC	1.423.500		CARRERA 4 10-52 SUR

Teléfono Fijo		Correo electrónico	
315 220 1545	no aporta correo		CUNDINAMARCA

Departamento	Localidad/Comuna	Zona
BOGOTA		Cabecera Municipal ✔ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

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

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V001

FOR-EPSVTA-0002

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES E	NIT	901600031	

59. Ubicación					
Dirección: CARRERA 87 G 57-64 SUR	Número Fijo o Celular: 313 8190973	Correo Electrónico: efrenplazas712@gmail.com	Departamento: CUNDINAMARC	Municipio/Distrito: BOGOTA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?			02/07/2025	Cod.	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o 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 al celular como mensajes de texto.
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

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

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

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

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

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

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

02/JULIO/2025
Cód. 234 Lida Patricia Espitia A.
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: CARGO. AYUDANTE DE OBRA

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

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6014837000 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000513700
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
Vigilado Supersubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	✔	

SI: Correo electrónico: NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado:

No. Identificación: CC 79.667.411

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) con C.C. No. lo hace en su nombre, el (la) señor(a) con C.C. No. mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar:

Identificación:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si No

Firma del afiliado:

No. Identificación: CC. 79.667.411

VIGILADO Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS RESOLUCIÓN 0830 DE 2021
PLAN COMPLEMENTARIO RESOLUCIÓN 0831 DE 2021
Línea de Atención al Usuario (601) 307 7000 Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000 113700

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción del trámite que se realiza mediante el diligenciamiento del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, aportante, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trâmite

A. Afiliación Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".

2. Tipo de afiliación

A. Individual La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante o cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional.

B. Colectiva La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio La opción de afiliación de oficio aplica cuando la entidad territorial o la Institución Prestadora de Servicios de Salud afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud a una persona, válidamente identificada, que no se encuentra afiliada o presenta novedad de terminación o retiro de la inscripción en la Entidad Promotora de Servicios de Salud.
Procede igualmente, como mecanismo excepcional, cuando la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales -UGPP, en ejercicio de las acciones de determinación y cobro, establezca omisión en la afiliación al Sistema de la Protección Social.

3. Régimen Marque con una X, si la afiliación o el reporte de la novedad se realizan en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Contribución Solidaria Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que lo modifique o sustituya.

5. Tipo de afiliado Marque con una X, la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

A. Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Régimen Contributivo.

B. Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

C. Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad"
Adicionalmente, el cotizante o cabeza de familia debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

D. Afiliado Adicional: Aplica cuando la persona no cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el Régimen Contributivo y se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación adicional. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Adicionalmente, el cotizante debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

6. Tipo de cotizante Marque con una X la opción que corresponda:

A. Dependiente: Se diligencia cuando el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con este, el pago de los aportes a salud y pensiones.

B. Independiente: Se diligencia cuando el cotizante no tiene vínculo laboral o reglamentario con algún empleador, y es una persona cuenta propia o contratista, que asume la totalidad del pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

C. Pensionado: Se diligencia cuando el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo, a través del pagador de la pensión.

7. Código Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes y/o pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

A. AFILIACIÓN. Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS", correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del Capítulo V "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, O RESPONSABLES DEL PAGO", relativos al empleador si el afiliado es dependiente, a la agremiación colectiva, asociación o congregación religiosa si un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas o de la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes.
- Marcar con una X, en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el Capítulo IX "Firmas", los campos 80 y/o 81 según el caso.
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el trámite de afiliación o reporte de la novedad.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS tendrán la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario y el cabeza de familia o cotizante se niega a su inscripción dentro del núcleo familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" y XII. "DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.
- Marcar con una X en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES" las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 73, 74 y 75.
- Diligenciar el Capítulo IX "Firmas", firmando en el campo 81 "Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio".
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", el documento de identidad que se adjunta de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES" cuando la Entidad Territorial o la Institución es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique, y deben coincidir con la información contenida en el documento de identidad expedida por la entidad competente. Estos son:

8. Apellidos y nombres
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad: - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento de identidad, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	***Certificado de Nacido vivo,*** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	***Registro civil de nacimiento,*** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	***Tarjeta de identidad,*** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	***Cédula de Ciudadanía,*** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	***Cédula de Extranjería,*** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros.
PA	***Pasaporte,*** es el documento que acredita la identidad de un extranjero menor de 7 años.
CD	***Carné Diplomático,*** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	***Salvo Conducto de Permanencia (SC-2),*** es el documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, al extranjero que deba permanecer en el país mientras se resuelve su situación de refugiado o asilado y la de su familia.
PT	***Permiso por Protección Temporal,*** es el documento de identificación para los migrantes venezolanos que cumplan con los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Resolución 971 de 2021 expedida por Migración Colombia, o en la norma que la modifique o sustituya.

En los casos que no exista identificación de la población por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil o Migración Colombia o el documento de identidad no corresponda con la edad, se dará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 406 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

10. Número del documento de Identidad Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

11. Sexo Biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

12. Sexo Identificación Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

14. Lugar de nacimiento Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

16. Etnia En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia	Cód.	Etnia
01	Indígena	04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
02	Rrom (gitano)	05	Población Negra, Afrodescendientes
03	Raizal (San Andrés y Providencia)		

17. Comunidad Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual indicará el nombre de la comunidad indígena registrada en el Ministerio del Interior o DANE. La EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

18. Discapacidad Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de conocer la categoría de discapacidad reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla que se relaciona a continuación, en el campo denominado Categoría de Discapacidad:

Cód.	Categoría de Discapacidad	Cód.	Categoría de Discapacidad
1	Discapacidad física	5	Discapacidad intelectual
2	Discapacidad auditiva	6	Discapacidad psicosocial (mental)
3	Discapacidad visual	7	Discapacidad múltiple
4	Sordoceguera		

La determinación de la categoría de discapacidad atenderá al resultado del procedimiento dispuesto en la Resolución 1197 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya. De no haber surtido ese procedimiento o no tener certeza sobre la categoría no diligencie este campo.

19. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

20. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

21. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el usuario pertenece a un grupo de población, reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo cuando aplique. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

24. Ingreso base de cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria: En este campo debe reportar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago estará a cargo del cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando haya reportado en "5" el campo "4. Contribución solidaria".

26. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección. Este campo es obligatorio - Teléfono Fijo. Este campo es opcional - Teléfono Celular. Este campo es opcional - Correo electrónico. Este campo es opcional - Departamento. Este campo es obligatorio - Ciudad/Municipio o distrito. Este campo es obligatorio - Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional - Zona: Cabecera municipal, centro poblado, rural dispersa o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.
Las zonas se definen, de conformidad con el manual de conceptos básicos de Julio de 2019, expedido por el DANE, en los siguientes link: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/CNPV-2018-manual-conceptos.pdf y https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

Cabecera Municipal (CM): es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.

Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.

Centro poblado (CP): es un concepto creado por el DANE para fines estadísticos, útil para la identificación de núcleos de población. Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental. Dicha concentración presenta características urbanas tales como la delimitación de vías vehiculares y peatonales. En las tablas referidas a la codificación de la Divipola, se identifican en la columna "Categoría" con la expresión o etiqueta "CP", indicando que, si bien se trata de un centro poblado, no se cuenta con la precisión de la autoridad municipal, que permita afirmar si se trata de un caserío, de una inspección de policía, o de un corregimiento municipal.

Rural disperso: Delimitación geográfica definida por el DANE para fines estadísticos, comprendida entre el perímetro censal de las cabeceras municipales y de los centros poblados, y el límite municipal. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y de explotaciones agropecuarias existentes en ella. Corresponde al territorio que no forma parte ni de la cabecera municipal (clase 1) ni de los centros poblados (clase 2). Se caracteriza por objetos y elementos relacionados con la agricultura, predios de descanso o recreo, usos mineros o extractivos. El número de unidades residenciales por área es menor a las zonas urbanas.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS.
Si este no cotiza debe registrarse como Beneficiario en la fila de primer beneficiario (B1) del Capítulo IV "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar".
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 8 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" de este instructivo.

29. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

30. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

31. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio:
https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

33. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

36. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

37. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

38. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio:
https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

39. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe reportar el parentesco que corresponda con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción Parantesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y de cualquier edad con incapacidad permanente que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del sobrino (a), hermano	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 16 del CAPÍTULO II. "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

45. Comunidad: Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 – Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

48. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de tener alguna discapacidad, reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla del numeral 18 del CAPÍTULO III. "DATOS COMPLEMENTARIOS", de este instructivo.

50. Incapacidad permanente: Marque con una "X" si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Departamento - Municipio/Distrito - Zona: urbana, rural - Teléfono (fijo y/o celular) - Dirección

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

VIGILADO Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
Línea de Atención al Usuario 601 4127070 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000 915700
Vigilado Supersubsidio

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante o Cabeza de Familia
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

54. Código de la IPS: La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.
Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 "Tipo de Novedad".

55. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

56. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como aportante o pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático), o PT (Permiso por Protección Temporal) cuando se trate de personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identidad del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes o pagadores de pensiones establecidos para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación: - Dirección - Teléfono (fijo o celular) - Correo electrónico - Departamento - Municipio/Distrito
En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento Bogotá, D. C.

B. REPORTE DE NOVEDADES El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades de adquisición de condiciones para cotizar o el fallecimiento del cotizante o cabeza de familiar, establecidas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

60. Tipo de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el Capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante, el cabeza de familia, beneficiario o el afiliado adicional debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el Capítulo II y los datos de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identificación Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas establecidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores o Migración Colombia. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en el Capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del Capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS Esta novedad se reporta cuando el afiliado cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Cód.	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen especial o de excepción, incluido el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla el código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 66 del Capítulo VI.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del Capítulo V y estar suscrita por el empleador.

Novedad 6: Reporte de pago a través de un tercero Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente reporta que el pago de sus aportes al SGSSS lo hace un tercero. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad que realiza los aportes al SGSSS, cuando el tipo de cotizante corresponda a alguno de los siguientes:

Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante	Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	53	Afiliado participe
35	Concejal municipal o distrital	60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
36	Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	63	Beneficiario de Prestación humanitaria
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero		

- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 53 del Capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de este.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera(o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 14. "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad".
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 14. "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad". Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad "8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" del campo 60 "Tipo de Novedad", en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 al 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país Esta novedad aplica cuando el cotizante o cabeza de familia retorna al país.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reporta esta novedad a la EPS
- Marcar con una X, en el Capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas del numeral 80.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 al 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúan la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X la casilla del numeral 90 del Capítulo X y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.

Novedad 14: Movilidad Esta novedad se reporta:
A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.
Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del Capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9. "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10. "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda del numeral 60 "Tipo de novedad".
La entidad territorial deberá diligenciar los datos del Capítulo XI cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 15: Traslado Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado es el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los Capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 53 del Capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del Capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del aportante, de las entidades responsables de la afiliación colectiva o responsables del pago", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 65 del Capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en el numeral 67, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS, según la tabla siguiente:

Cód.	Motivos para el traslado
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
4	Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.
5	Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 2.1.7.13 del Decreto 780 de 2016.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.
7	Cuando el afiliado fue objeto del proceso de asignación de usuarios.

- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 89 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 16: Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de afiliado Aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II, cuando el beneficiario o el afiliado adicional reporta la novedad
- Registrar los numerales 61 al 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, o cabeza de familia).
- Diligenciar el numeral 66 del Capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 17: Reporte del trámite de protección al cesante Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 68 del Capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pre-pensionado Esta novedad se reporta cuando el cotizante a que alude el artículo 2.1.8.4 del Decreto 780 de 2016, ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, y continúa cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 24 del Capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 19: Reporte de la calidad de pensionado Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 19, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 23, 24 y 26 del Capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 27 al 34 del Capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 35 a 54 del Capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del Capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria".
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 20, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar el numeral 25 "Tarifa Contribución Solidaria" del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reúne las condiciones para pagar la Contribución Solidaria
- Marcar con una X las casillas 77 y 78 del Capítulo VII.
- Diligenciar la información del Capítulo VIII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que esté incluyendo.

Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria"
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 21, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del cónyuge o compañero (a) permanente del cabeza de familia o de los beneficiarios que retira de la contribución solidaria en caso de que aplique
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual se retira de la Contribución Solidaria
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80.

CAPÍTULO VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

Corresponde a los datos de la persona según el reporte de la novedad y solo aplica para las siguientes novedades.
Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos.
Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento.
Novedad 15: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.
Novedad 17. Los datos de identificación del cotizante que se acoge al beneficio de protección al cesante
Novedad 19. Los datos de identificación del Pensionado.

61. Datos básicos de identificación. *Apellidos y nombres:*
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre
Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.
Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

62. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

63. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario"u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 15 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

66. Fecha de novedad: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.
Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 16: Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia, la que figura en el certificado de defunción.
Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria
Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria

67. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la ***novedad 15.*** Registre el código según la tabla descrita en la novedad 15: "traslado".

68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones: Este dato se registra únicamente en la ***novedad 17:*** "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la ***novedad 19:*** "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o 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 número 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta SISBÉN vigente.

CAPÍTULO VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. Este capítulo debe ser reportado en caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia, se debe reportar la persona de su grupo familiar que quedará como cabeza de familia y responsable del pago de la Contribución Solidaria, registrando sus nombres y apellidos y el tipo y número de documento de identidad.

CAPÍTULO IX. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional, por el aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades.
También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de:
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Con la firma contenida en el numeral 80 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO X. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.
82. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC, PT
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
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.

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

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial y/o por las instituciones responsables de poblaciones especiales cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

92. Identificación de la entidad territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

93. Nombre de la Institución: Registre el nombre de la institución que está reportando la afiliación o el reporte de la novedad de la población especial a su cargo.

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

En este capítulo se debe diligenciar los datos del funcionario de la entidad territorial o de la Institución responsable de afiliación especial que valida la información reportada en el formulario

94. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. – Primer apellido – Segundo apellido – Primer nombre – Segundo Nombre – Tipo de documento de identidad – Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario: El funcionario de la Institución debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validaciones realizadas.

96. Fecha de radicación: Corresponde a la fecha en la que el formulario fue entregado a la EPS.

97. Fecha de validación: Registre la fecha en la que el funcionario consultó las bases de datos que corresponda y realizó las validaciones correspondientes.

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6014837000 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000513700
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271

FOR-EPSVTA-0002 V001

Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AGUIRRE PLAZAS EDGAR** identificado(a) con **CC** número **79.667.411** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a **PLAZAS EDGAR AGUIRRE, CC - 79667411**, está afiliado(a) desde **01/07/2025**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES LRP SAS**, con NIT: **9007032933**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-02**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **01 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCCIONES EYP SAS NIT: 901600031-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
AGUIRRE PLAZAS EDGAR	Masculino	51 Años	CC (Tipo)	79667411 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: AGUIRRE PLAZAS EDGAR
CC 79667411

Bogotá D.C. 15 de Julio de 2025

Señor(a).

AGUIRRE PLAZAS EDGAR
Ciudad

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de OFICIAL el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Usar elementos de protección adecuados en forma correcta según área de trabajo.
- Pausas activas durante jornada laboral.
- Capacitación en higiene postural y trabajo en alturas
- Incluir en los programas de vigilancia epidemiológico de acuerdo con los riesgos evidenciados en la matriz de peligros.
- Hábitos y estilo de vida saludable.
- Dieta balanceada y ejercicio frecuente

Entregado por:

Firma
Nombre Completo:
Cargo:

Recibido por:

Firma
Nombre Completo: Edgar Aguirre Plazas
Número de identificación 79667411

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Edgar aguirre plazas

Número de identificación *

79667411

Cargo *

Oficial

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Nombre completo *

Edgar aguirre plazas

Número de Identificación *

79667411

Cargo *

Oficial

¿Qué equipos opera? *

Herramienta mayor y herramienta menor

Describa su labor *

Construccion

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	◉	○
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	○	◉
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	○	◉
Gases y vapores	○	◉
Polvos orgánicos, inorgánicos	◉	○
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	◉	○
Hongos	○	◉
Parásitos	○	◉
Mordeduras	◉	○
Bacterias	○	◉
Picaduras	◉	○
Fluidos o excrementos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	◉	○
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	○	◉
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	○	◉
Accidentes de transito	○	◉
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	○	◉
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	◉	○
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	○	◉

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Casco.gafas .tapabocas. botas. Guantes

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.938.062**

LEGUIZAMON TRUJILLO

APELLIDOS

ANDRES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-NOV-2005 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00337738-M-1022938062-20110928 **00281**46526A 1 1981524864

Salud Total EPS
Calle 112 Sur # 9-26 Este
3134916028

Medellín, 30 de July 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 CONSTRUCCIONES EYP 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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022938062	LEGUIZAMON TRUJILLO ANDRES	31/07/2025		228w1821	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 30/07/2025 16:32:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.247.53, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 31 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Lequizamon	Segundo apellido: Trujillo.	Primer nombre: Andres	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1022938062	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 01 07 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización
SURA	Porvenir	$ 1'423,500

18. Residencia				
Dirección: Calle 112 Sur 9-26 esk.	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 313 491 6028	Correo electrónico:	
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Cund	

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: D D M M A A A A

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

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

Salud Total
RECIBIDO PARA ESTUDIO
31 JULIO 2025
CORREDOR:
GRUPO ALIANZA SOLUCIONES EMPRESARIALES
NIT. 830096263

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Construcciones Exposab	NIT	901 600 031	

39. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 87 9 57-64 Sur	3102447397	sandramr0280@hotmail.com	Bta	Cund

Vigilado Supersalud

F38S-RVA V.1.0-2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación 31/07/2025

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identificación	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		31072025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

EFREN PLAZAS

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
					31072025	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		Nicolas Pinzón

OBSERVACIONES:

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

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO Supersalud

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:

ANDRES LEGUIZAMON TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.938.062**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LEGUIZAMON TRUJILLO ANDRES, C.C. 1022938062** está afiliado(a) desde **30/07/2025,** como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES EYP SAS**, con NIT: **901600031-1**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **31/07/2025**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **30 de julio del 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCCIONES EYP SAS NIT: 901600031-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LEGUIZAMON TRUJILLO ANDRES	Masculino	37 Años	CC (Tipo)	1022938062 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: LEGUIZAMON TRUJILLO ANDRES
CC 1022938062

Bogotá D.C, 15 de Julio de 2025

Señor(a),

LEGUIZAMÓN TRUJILLO ANDRÉS
Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de OFICIAL el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Usar elementos de protección adecuados en forma correcta según área de trabajo.
- Pausas activas durante jornada laboral.
- Capacitación en higiene postural y trabajo en alturas
- Incluir en los programas de vigilancia epidemiológico de acuerdo con los riesgos evidenciados en la matriz de peligros.
- Hábitos y estilo de vida saludable.
- Dieta balanceada y ejercicio frecuente

Entregado por:

Firma
Nombre Completo: Rosa Nieves Forero
Cargo: Profesional SST

Recibido por:

Firma
Nombre Completo: Andrés Leguizamón T.
Número de identificación 1022938062.

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

30 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Andrés Leguizamón Trujillo

Número de identificación *

1022938062

Cargo *

Oficial obra

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

30 / 07 / 2025

Nombre completo *

Andrés Leguizamón Trujillo

Número de Identificación *

1022938062

Cargo *

Oficial

¿Qué equipos opera? *

Taladro, pulidora

Describa su labor *

Cortar tableta, hacer incrustaciones, sacar piezas de enchape

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	◉	○
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	◉	○
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	◉	○
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	○	◉
Gases y vapores	◉	○
Polvos orgánicos, inorgánicos	◉	○
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	○	◉
Hongos	◉	○
Parásitos	○	◉
Mordeduras	○	◉
Bacterias	◉	○
Picaduras	○	◉
Fluidos o excrementos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	◉	○
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	◉	○
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	◉	○
Accidentes de transito	○	◉
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	◉	○
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	◉	○
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	◉	○

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Casco, gafas, tapa oidos, botas deseguridad, guantes, tapa bocas.

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.298.921**

CORONADO RODRIGUEZ

APELLIDOS

PLUTARCO

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1955**

PAIPA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-DIC-1976 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00206553-M-0019298921-20091228 **0019**392005A 1 1200116259

Powered by CamScanner

Medellín, 29 de julio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PLUTARCO CORONADO RODRIGUEZ identificado(a) con C19298921 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C192989212521053207

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.18

compensar | salud eps

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

B
16 JUL 2025
Cód 659 Kelly Johanna Páez
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) A0077025

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [ ]	Si [ ]	A. Cotizante [ ]	A. Dependiente [ ]
B. Reporte de Novedades [✓]	B. Colectiva [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [✓]
	C. Institucional [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]
	D. De oficio [ ]			D. Afiliado adicional [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Cepeda	Segundo Apellido: Rodriguez	Primer Nombre: Mateo	Segundo Nombre:
9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número de documento de identidad: 19.295921	11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]	12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiano	14. Lugar de nacimiento: País: Colombia	Departamento: Boyacá	Municipio: Paipa
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 03-04-1955			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si [ ] No [X]	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN Si [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBÉN Nivel [ ] Grupo [ ]	21. Grupo de población especial [ ]	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC: $1'423.50	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: Cll 123D # 36B14
9476363	3115277316	plutarcocecia@gmail.com	Condinamarca
Bogotá	Suba	Zona: Cabecera Municipal [✓] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [X]	

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad [ ]	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)			

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			

V002
EVTA-0002

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PLUTARCO CORONADO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **19298921,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/1998** 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 18 de julio 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Prevención Laboral

Lina Paola Castañeda Gutierrez
Calle 140C No. 94D-38 Cons. 201B 3024542680
BOGOTA D.C.-SUBA (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5046 de 13/05/2019

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 19298921

Fecha: 17-julio-2025 12:36 pm
Impresión: 17-julio-2025 12:38 pm



Paciente: **CORONADO RODRIGUEZ PLUTARCO**
Doc.Iden.: **CC19298921** Edad: 70 Años Sexo: M
Entidad: **PARTICULAR**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: calle 128 D N 86 B 14 INT 19 APTO 402
Adm. Salud: Compensar E.P.S.
Admin.Riesgos POSITIVA
Estrato: 3
Cargo: MAESTRO DE OBRA
Teléfono: 3115277316 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension COLPESIONES

TIPO DE EVALUACION: PRE-INGRESO

Se certifica que CORONADO RODRIGUEZ PLUTARCO identificado con documento de identidad CC 19298921 fue valorado, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de MAESTRO DE OBRA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:

Médicas y Terapéuticas:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Control rutinario anual por optometría en EPS.
Uso de medias para la varice según precripción médica de EPS.
Seguimiento y monitoreo de la presión arterial a cargo de la EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso permanente de anteojos para laborar.
Pausas activas en miembros inferiores durante la jornada laboral.
Uso de elementos de protección personal según riesgo y necesidad del cargo
Higiene postural Y Correcta ergonomía

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL

OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Ninguna

Lina Paola Castañeda G
Médico y Cirujano General
R.M. 1020770528
Esp. Salud Ocupacional
Resolución 5046 U.R.

Medico(a): CASTAÑEDA GUTIERREZ LINA PAOLA
Registro médico: 1020770528
Licencia en Salud Ocupacional: 5046 DE 13-05-19

CORONADO RODRIGUEZ PLUTARCO
CC19298921

La información consignada en este certificado está basada en los datos consignados en la historia clínica ocupacional producto de la información suministrada por el trabajador y de la evaluación médica efectuada. El trabajador (a) declara que los datos aportados por él (ella) son veraces y reales y acepta que la omisión, inclusión errónea o alteración de estos tiene implicaciones en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa y las que el empleador determine. Este certificado será conocido por el empleador en virtud de lo previsto en la Resolución 1843 de 2025 del Ministerio del Trabajo.

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, 15 de Julio de 2025

Señor(a),

Coronado Rodriguez Plutarco
Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de ENCARGADO el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Chequeos rutinarios anuales por EPS.
- Control rutinario por optometría en EPS.
- Uso de medias para la varice según prescripción médica de EPS.
- Seguimiento y monitoreo de la presión arterial a cargo de la EPS.
- Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
- Uso permanente de anteojos para laborar.
- Pausas activas en miembros inferiores durante la jornada laboral.
- Uso de elementos de protección personal según riesgo y necesidad del cargo
- Higiene postural y correcta ergonomía

Entregado por:

Firma
Nombre Completo:
Cargo: Profesional SST

Recibido por:

Firma
Nombre Completo:
Número de identificación
Plutarco Coronado
CC 19298921

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

16 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Plutarco Enrique Coronado

Número de identificación *

19298921

Cargo *

Maestro

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

16 / 07 / 2025

Nombre completo *

Plutarco coronado rrodriguez

Número de Identificación *

19298921

Cargo *

Oficial

¿Qué equipos opera? *

Ninguno

Describa su labor *

Maestro deobra

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	◉	○
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	◉	○
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	◉	○
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	◉	○
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	◉	○
Gases y vapores	◉	○
Polvos orgánicos, inorgánicos	◉	○
Líquidos (nieblas y rocios)	◉	○
Humos metálicos y no metálicos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	◉	○
Hongos	◉	○
Parásitos	◉	○
Mordeduras	◉	○
Bacterias	◉	○
Picaduras	◉	○
Fluidos o excrementos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	○	◉
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	◉	○
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	◉	○
Accidentes de transito	◉	○
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	◉	○
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	○	◉
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	◉	○

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Cascos y botas gafas tapa oidos guantes

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/04/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901174665
Nombre:	MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS		
Dirección:	Carrera 87 A No. 74 -40 Sur		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	macingenieriaeinnovacion@gmail.com		
Teléfono:	3132870314	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5351101 LA ACTIVIDAD DE PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS QUE PRODUCEN ENERGÍA ELÉCTRICA Y TIENEN POR LO MENOS UNA PLANTA Y/O UNIDAD DE GENERACIÓN CONECTADA AL SISTEMA INTERCONECTADO NACIONAL, BIEN SEA QUE DESARROLLEN ESA ACTIVIDAD EN FORMA EXCLUSIVA O EN FORMA COM		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 1030609881	MIGUEL ANGEL COBOS GONZALEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-034-214785	24/04/2025	CC 1033741816	CAMILO ANDRES RAMIREZ SANCHEZ	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CAMILO ANDRES
RAMIREZ SANCHEZ
CC - 1033741816

MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS
901174665

Este carné es personal e intransferible.

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 1033741816
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramirez ,Camilo Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/01/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramirez ,Camilo Andres, a los 29 días del mes de mayo del año 2025.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CAMILO ANDRES RAMIREZ , identificado(a) con C.C 1.033.741.816, 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 30 de mayo 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 país 01 800 05 10000.



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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1100156590
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud

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



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 112508

FECHA : 24/04/2025 HORA:8:55		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: CAMILO ANDRES RAMIREZ		DOCUMENTO: 1033741816	EDAD: 33 GENERO: M
Empresa: MAC INGENIERIA E INNOVACION		Cargo: OFICIAL ELECTRICO	Tel: -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

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

Firma Trabajador

C.C. No

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

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

Carrera 21 No. 76-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Bogotá D.C, 24 de Julio de 2025

Señor(a),

CAMILO ANDRÉS RAMIREZ ,
Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de OFICIAL el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Higiene postural
- Pausas activas.
- Ergonomía del puesto de trabajo.
- Uso de elementos de protección personal
- Control médico ocupacional anual.

Entregado por:

Firma
Nombre Completo: Rosa Julia Peb
Cargo: Profesional SST.

Recibido por:

Camilo Andres Ramirez

Firma
Nombre Completo: Camilo Ramirez
Número de identificación 1033 741816

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

23 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Camilo Andrés Ramírez

Número de identificación *

1033741816

Cargo *

Técnico

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO



Fecha *

DD MM AAAA

23 / 07 / 2025

Nombre completo *

Camilo Andrés Ramírez

Número de Identificación *

1033741816

Cargo *

Técnico

¿Qué equipos opera? *

Pulidora, taladro.

Describa su labor *

Técnico electricista

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	○	◉
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	○	◉
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	○	◉
Fibras	○	◉
Gases y vapores	○	◉
Polvos orgánicos, inorgánicos	○	◉
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	○	◉
Hongos	○	◉
Parásitos	○	◉
Mordeduras	○	◉
Bacterias	○	◉
Picaduras	○	◉
Fluidos o excrementos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	○	◉
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	◉	○
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	○	◉
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	○	◉
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	○	◉
Accidentes de transito	○	◉
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	○	◉
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	○	◉
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	○	◉
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	○	◉
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	○	◉
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	○	◉

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Guantes, botas, gafas, casco, protector auditivo.

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios



ARL. COLMENA
EPS . NUEVA EPS
DIRECCIÓN. CLL 66A #18 L 35 sur
Tel. 3194627034



Medellín, 01 de July 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 CONSTRUCCIONES EYP 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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1031160036	ALVARADO DAZA ANDRES FELIPE	02/07/2025		63m14127	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 01/07/2025 17:38:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.56.244.134, 198.143.41.24, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

* 01B 19974217 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 02 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] C. Cotizante o cabeza de familia [ ] NI Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] 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. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES					
PRIMER APELLIDO: ALVARADO	SEGUNDO APELLIDO: DAZA	PRIMER NOMBRE: ANDRES	SEGUNDO NOMBRE: FELIPE		
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1031160036	11. SEXO BIOLÓGICO: M	12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M	Cual?	
13. NACIONALIDAD: colombiano.	14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Cund Bta	15. FECHA NACIMIENTO: 20 11 1994			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ]	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [ ]	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL: SURA
23. AP: Porvenir	24. T'423 SQ)	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN: CL 66 A 18 I-38 SUR			
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR: 3194627034	CORREO ELECTRÓNICO: andres.felvar.dazda94@hotmail.es				DEPARTAMENTO: Cund			
MUNICIPIO/ DISTRITO: Bogotá	LOCALIDAD/COMUNA		ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X]	CENTRO POBLADO [ ]	RURAL DISPERSO [ ]	RESTO RURAL [ ]	EPS		

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	Cual?	
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO		34. FECHA NACIMIENTO		

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA 02/JULIO/2025
CLAVE ASESOR ANA MARGOTH BUSTOS-A 548

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	38. PARENTESCO	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. PUNTO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	50. RESIDENCIA PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. NOMBRE DE LA EPS DEL AFILIADO ANTERIOR	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. EPS	54. CÓDIGO DE LA EPS (A host by FOS)
31							
32							
33							
34							
35							

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

55. Nombre o razón social o denominación de identificación: Construcciones EyP SAS
56. Tipo de identificación: Nit
57. Número del documento de identificación: 901600031
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones o responsable por la EPS:
59. Cra 87 95 84 Su 3102447397 sombramir28@hotmail.com Cund Bta

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
4. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
5. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
6. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
7. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
8. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
9. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
10. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
11. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
12. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
13. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
14. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
15. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
16. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
17. MOVILIDAD: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
18. TRASLADO: A) PRIMA RECIBIDA [ ] B) DIFERENTE RECIBIDO [ ]
19. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
20. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
21. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
22. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
23. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
24. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	64. SEXO BIOLÓGICO	65. SEXO IDENTIFICACIÓN	Cual?	
66. FECHA NACIMIENTO	67. EPS ANTERIOR	68. FECHA DE NOVEDAD	69. MOTIVO DE TRASLADO Código	70. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los canales registrados, incluso si estos registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

IX. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando se agregue a afiliación adicional

81. El empleador, aportante

ETREN PLAZAS

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:

ANDRES FELIPE ALVARADO DAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.160.036**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio 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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a **ALVARADO DAZA ANDRES FELIPE, CC - 1031160036** , está afiliado(a) desde **01/07/2025**, como trabajador(a) de **CONSTRUCCIONES LRP SAS**, con NIT: **9007032933**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-07-02**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **01 de julio de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSTRUCCIONES EYP SAS NIT: 901600031-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALVARADO DAZA ANDRES FELIPE	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1031160036 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: ALVARADO DAZA ANDRES FELIPE
CC 1031160036

Bogotá D.C, 15 de Julio de 2025

Señor(a),

ALVARADO DAZA ANDRÉS FELIPE ,
Ciudad.

Ref. Recomendaciones médicas ocupacionales.

Por medio del presente escrito, se le comunica el resultado de su examen médico ocupacional de **INGRESO,** para el cargo de OFICIAL el cual arrojo CONCEPTO DE APTITUD sin limitaciones o restricciones para el cargo. Se recomienda:

- Usar elementos de protección adecuados en forma correcta según área de trabajo.
- Pausas activas durante jornada laboral.
- Capacitación en higiene postural y trabajo en alturas
- Incluir en los programas de vigilancia epidemiológico de acuerdo con los riesgos evidenciados en la matriz de peligros.
- Hábitos y estilo de vida saludable.
- Dieta balanceada y ejercicio frecuente

Entregado por:

Firma
Nombre Completo: Rosa Mela Jah
Cargo: Profesional SST

Recibido por:

Firma
Nombre Completo: Andres Alvarado Daza
Número de identificación 1031460036

Powered by CamScanner

Inducción y Reinducción

Sección sin título



Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Información del colaborador

Nombre completo *

Andrés Felipe Alvarado Daza

Número de identificación *

1031160036

Cargo *

Oficial

Material de estudio



Evaluación

Lee atentamente cada una de las preguntas y responde según corresponda.

1. ¿Cuál es el compromiso de la POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [x] a) Promover un ambiente de trabajo seguro para sus empleados, contratistas y subcontratistas
- [ ] b) Incrementar los accidentes de trabajo
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

2. ¿Qué fundamento(s) tiene la POLÍTICA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PORTE DE ARMAS? * 1 punto

- [ ] a) Reconoce que el consumo de alcohol MEJORA LA SALUD.
- [x] b) Reconoce que estar bajo los efectos del alcohol o sustancias alucinógenas ponen en riesgo la integridad de las personas.
- [ ] c) Todas las anteriores.
- [ ] d) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes es un OBJETIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO? * 1 punto

- [ ] a) NO cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la empresa.
- [x] b) Garantizar a todo el personal, un ambiente sano y seguro de trabajo.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

4. ¿A qué riesgos te encuentras expuesto en el desarrollo de tus actividades? * 1 punto

- [ ] a) Riesgo Biológico y Riesgo Físico.
- [ ] b) Riesgo Biomecánico, Riesgo Psicosocial y Riesgo Locativo.
- [ ] c) Fenómenos Naturales, Riesgo Público y Riesgo Tecnológico.
- [x] d) Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es tu responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo? * 1 punto

- [ ] a) Conocer y liderar el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la empresa.
- [ ] b) Participar en la investigación de accidentes y/o enfermedades laborales.
- [x] c) Informar a sus superiores o al Responsable de Seguridad y salud en el trabajo, sobre condiciones y/o actos subestándar en los lugares de trabajo y presentar sugerencias para su corrección.

6. ¿Qué debes hacer en caso de accidente de trabajo? * 1 punto

- [x] a) Informar al jefe inmediato y al responsable de SST
- [ ] b) Abandonar el puesto de trabajo e irse a su casa.
- [ ] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

7. ¿Qué debes hacer en caso de emergencia? * 1 punto

- [ ] a) Ubicar las salidas de emergencia mas cercanas a mi área de trabajo y la ruta de evacuación que lleva a ella.
- [ ] b) Atender las recomendaciones del brigadista.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

8. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro de energía? * 1 punto

- [ ] a) Reemplazar las bombillas incandescentes por lámparas fluorescentes que son ahorradoras de energía.
- [ ] b) Desconectar todos los aparatos eléctricos que no esté usando.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

9. ¿Qué debes tener en cuenta para el ahorro del agua? * 1 punto

- [ ] a) Verifica que las llaves del agua, las cañerías y las tuberías exteriores no tengan fugas.
- [ ] b) Utiliza un vaso de agua para cepillar tus dientes.
- [x] c) Todas las anteriores
- [ ] d) Ninguna de la anteriores

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO

GRUPO INARCO S.A.S.

Fecha *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2025

Nombre completo *

Andrés Felipe Alvarado Daza

Número de Identificación *

1031160036

Cargo *

Oficial

¿Qué equipos opera? *

Todo tipo de herramienta

Describa su labor *

Construcción, reparación y acabados

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros físicos?: *

	Si	No
Disconfort térmico. (temperaturas extremas)	○	◉
Ruido (de impacto, intermitente y continuo)	◉	○
Iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia)	○	◉
Vibración (cuerpo entero o segmentaria)	○	◉
Presion atmosferica (normal y ajustada)	○	◉
Radiaciones No ionizantes (laser, ultravioleta, infrarojos, microondas)	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros químicos?: *

	Si	No
Material particulado	◉	○
Fibras	○	◉
Gases y vapores	○	◉
Polvos orgánicos, inorgánicos	◉	○
Líquidos (nieblas y rocios)	○	◉
Humos metálicos y no metálicos	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biológicos?: *

	Si	No
Virus	◉	○
Hongos	○	◉
Parásitos	○	◉
Mordeduras	◉	○
Bacterias	○	◉
Picaduras	◉	○
Fluidos o excrementos	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros biomecánicos?: *

	Si	No
Movimientos repetitivos	◉	○
Esfuerzo	◉	○
Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales)	◉	○
Esfuerzo vocal	○	◉

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros de seguridad?: *

	Si	No
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	○	◉
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento) superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo (caídas de objeto)	◉	○
Tecnológico (derrame, fuga, explosión o incendio)	○	◉
Accidentes de transito	○	◉
Público (robos, atracos, atentados, de orden público)	◉	○

¿Se encuentra expuesto a alguno de los siguientes peligros psicosociales?: *

	Si	No
Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	◉	○
Caracterización de la Organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	○	◉
Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles)	◉	○
Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	◉	○
Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	◉	○
Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	○	◉

¿Usa elementos de protección personal EPP? *

- (●) Sí
- ( ) No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa sus EPP *

Casco,guantes,tapa oidos, tapabocas,gafas, overol y botas

¡Gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

ANEXO 1.B

REGISTRÓ DE ASISTENCIAS DE CAPACITACIONES Y CHARLAS

GRUPO INARCO S.A.S.	CONTROL ASISTENCIA	CÓDIGO: RH-FO-02 VERSIÓN: 1

☐ Reunión ☒ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Toma de Conciencia

FECHA	04/07/2025	LUGAR	Cebtaazal.	DURACIÓN	15min	HOJA__ DE__

TITULO DE LA CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO/ TOMA DE CONCIENCIA	manipulacion Manual de Cargas
CONTENIDO:	Tecnicas de manipulacion de Carga
OBJETIVO:	Que el personal conosca. como manipular una Carga
DIRIGIDO A:	Operarios
DATOS DE INSTRUCTOR: NOMBRE:	Rosa Milena Pineda Aguirre
CARGO O FORMACIÓN:	Profesional SST
SE ADJUNTA COPIA CONFERENCIA Y MATERIAL	SI ☐ NO ☒

ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
21	Taylor Cornelio Cordozo	oficial	
22	Ivan Diaz	instalado	Ivan Diaz
23	JUAN CASTRO	OFICIAL	
24	Andres Alvarado Daza	Oficial	
25	Felix Antonio Berio	oficial	
26	Edgar Aguirre plazas	OFICIAL	
27	Fernando Aguirre Plazas	oficial	Fernando
28	Jose Jaime Gonzalez	instalador	Jaime
29	Camilo Jimenez	ACREDITADO	
30	Juan Sebastian Gomez Gil	Residente de Obra	
31	Leidy Patricia Parra	R. Social	
32			

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	CONTROL ASISTENCIA	CÓDIGO: RH-FO-02 VERSIÓN: 1

☐ Reunión ☒ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Toma de Conciencia

FECHA	08/07/25	LUGAR	Trinitaria	DURACIÓN	15min	HOJA__ DE__

TITULO DE LA CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO/ TOMA DE CONCIENCIA	- Salud medio Ambiente - Conservación de la Biodiversidad
CONTENIDO:	acciones humanas que ayuden a Proteger
OBJETIVO:	que el Personal reconozca como Preservar el ambiente
DIRIGIDO A:	Operarios
DATOS DE INSTRUCTOR: NOMBRE:	Rosa Milena Pinedo
CARGO O FORMACIÓN:	Profesional SST
SE ADJUNTA COPIA CONFERENCIA Y MATERIAL	SI ☐ NO ☒

ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Todos estuvieron conmigo	oficial	
2	Juan Diaz	instalador	Juan Diaz
3	Jovice Castillo	OFICIAL	
4	Andres Felipe Alvarado Daza	Oficial	
5	Felix Alvaro Perez	oficial	
6	Edgar Aquilla Plazas	oficcal	
7	Fernando Aburto Plazas	oficial	Fernando
8	Jose Jaime Gonzalez	instalador	Jaime
9	Carlos Jimenez O	Excavador	
10	Juan Sebastian Gomez Gil	Residente de Obra.	
11	Alfaitha Parra.	R. Social	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	CONTROL ASISTENCIA	CÓDIGO: RH-FO-02 VERSIÓN: 1

☐ Reunión ☒ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Toma de Conciencia

FECHA	11/07/25	LUGAR	Trinitaria	DURACIÓN		HOJA ___ DE ___

TITULO DE LA CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO/ TOMA DE CONCIENCIA: - Casco Partes de este y la Importancia de utilizarlo

CONTENIDO: Partes del casco - Uso adecuado de este

OBJETIVO: Generar Concientización para el uso adecuado del casco

DIRIGIDO A: Operarios

DATOS DE INSTRUCTOR:	NOMBRE:	Rosa Milena Pineda
	CARGO O FORMACIÓN:	Profesional SST

SE ADJUNTA COPIA CONFERENCIA Y MATERIAL SI ☐ NO ☒

ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Edgar Aquiteo Pozon	OFICIAL	
2	Solit Berrio	AYUDA	
3	Andres Felipe Alvarado Daza	Oficial	
4	Cristian David Hernandez	Oficial	
5	Plutarco E Coronado	maestro	
6	Fernando Asuaje Pulzas	oficial	Fernando
7	Juan Sebastian Gomez Gil	Residente de Obra	
8	Martha Parra.	R. Social	
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Powered by CamScanner

CRUPO INARCO S.A.S.	CONTROL ASISTENCIA	CÓDIGO: RH-FO-02 VERSIÓN: 1

☐ Reunión ☒ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Toma de Conciencia

FECHA	17/09/25	LUGAR	Calatina	DURACIÓN	15min	HOJA___ DE___

TITULO DE LA CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO/ TOMA DE CONCIENCIA	Autocuidado que me puede hacer daño
CONTENIDO:	Estar alerta durante las actividades
OBJETIVO:	Procurar y hacer entender los Cuidados durante la actividad
DIRIGIDO A:	Operarios
DATOS DE INSTRUCTOR: NOMBRE:	Rosa Milena Pineda
CARGO O FORMACIÓN:	Profesional SST

SE ADJUNTA COPIA CONFERENCIA Y MATERIAL SI ☐ NO ☒

ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Jose Jaime Gonzalez	Instalador	
2	Jaider estiven Cano Salazar	instalador	
3	Ivan Dario Guzman	instalador	
4	Edgar Aguirre Plazas	OFICIAL	
5	Andres Felipe Alvarado Daza	Oficial	
6	Fernando Aguirre PLAZAS	oficial	Ausente
7	Felix Plaza	oficial	
8	JAVIER CASTILLO	OFICIAL	
9	Juan Sebastian Gomez Gil	Residente de obra	
10	Leidy Y. Parra	R. Social	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	CONTROL ASISTENCIA	CÓDIGO: RH-FO-02 VERSIÓN: 1

☐ Reunión ☒ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Toma de Conciencia

FECHA	22/07/2025	LUGAR	Trinitaria	DURACIÓN	15 min.	HOJA__ DE__

TITULO DE LA CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO/ TOMA DE CONCIENCIA: Cuidado con la entrega y durante el traslado,

CONTENIDO: Traslado de obra a obra tener Presente el entorno

OBJETIVO: Evitar afecto durante los traslados Por las Vias y las calles

DIRIGIDO A: Personal operativo

DATOS DE INSTRUCTOR:	NOMBRE:	Roja Milena Pineda
	CARGO O FORMACIÓN:	Profesional SST

SE ADJUNTA COPIA CONFERENCIA Y MATERIAL SI ☐ NO ☐

ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Tristan Camilo Cardozo	colaborador	
2	Juan Diaz Gorman	instalador	Juan Diaz
3	Cristian David Hernandez Bl	oficial	
4	Fernando Aguirre PLAZAS	oficial	Fernando
5	Felix Berrio	oficial	
6	Martha Y. Parra	R. Social.	
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	CONTROL ASISTENCIA	CÓDIGO: RH-FO-02 VERSIÓN: 1

☐ Reunión ☒ Capacitación ☐ Entrenamiento ☐ Toma de Conciencia

FECHA	24/07/2025	LUGAR	Santa Helena.	DURACIÓN		HOJA___ DE___

TITULO DE LA CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO/ TOMA DE CONCIENCIA: Procedimiento de rescate. Procedimiento de trabajo en Altura

CONTENIDO: Que el personal conozca los Roles y las responsabilidades

OBJETIVO: Planificar actividades de alturas y de rescate en Salaberry

DIRIGIDO A: Operativo

DATOS DE INSTRUCTOR:	NOMBRE:	Rosa Milena Tello
	CARGO O FORMACIÓN:	Profesional SST

SE ADJUNTA COPIA CONFERENCIA Y MATERIAL SI ☐ NO ☒

ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
21	Cristo Jiménez	Encargado	
22	Yeyson Covaleda	Instalador	
23	Juan Diaz Guzman	Instalador	Juan Diaz
24	Wilmer Ramos	Contratista	
25	Delilia Ortegon	oficial	
26	Juan Sebastian Gomez Gil	Residente de obra	
27	Martha Y. Tara	R Social	
28			
29			
30			
31			
32			

Powered by CamScanner

ANEXO 1. C

PERSONAL RETIRADO

PAZ Y SALVO

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Por medio de la presente yo WILLIAM ALFREDO RAMÍREZ PARRA identificado con cédula de ciudadanía **N° 79919714** de **BOGOTÁ D.C** certifico que, estuve vinculado al Contrato de obra No **1041 de 2024** cuyo objeto es **"REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE"**, en calidad de OFICIAL, desde el día 22 de mayo de 2025, hasta el 12 de Julio de 2025, y me permito certificar que **SOLUCIONES INTEGRALES A L S.A.S**, queda a **PAZ Y SALVO** por todo concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los propios, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 20 días del mes Julio del año 2025.

Firma: _____

Nombre: William Alfredo.

Cargo: OFICIAL

C. C. 79.919714 BGT

PAZ Y SALVO

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Por medio de la presente yo WILLIAM ALBERTO ORTEGÓN identificado con cédula de ciudadania **N° 94.306.353** de **BOGOTÁ D.C** certifico que, estuve vinculado al Contrato de obra No **1041 de 2024** cuyo objeto es **"REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE"**, en calidad de Oficial, desde el día 22 de mayo de 2025, hasta el 12 de Julio de 2025, y me permito certificar que **ANDIOS S.A.S**, queda a **PAZ Y SALVO** por todo concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los propios, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 20 días del mes Julio del año 2025.

Firma: _____

Nombre: William ortegón

Cargo: oficial

C. C. 94.306.353

PAZ Y SALVO

Asunto: **PAZ Y SALVO**

Por medio de la presente yo JAVIER ALEXANDER CASTILLO MONTILLA identificado con cédula de ciudadanía **N° 6.686.826** de **BOGOTÁ D.C** certifico que, estuve vinculado al Contrato de obra No **1041 de 2024** cuyo objeto es **"REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE"**, en calidad de Instalador, desde el día 08 de mayo de 2025, hasta el 21 de Julio de 2025, y me permito certificar que **SOLUCIONES INTEGRALES A L S.A.S**, queda a **PAZ Y SALVO** por todo concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los propios, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 21 días del mes Julio del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Javier Alexander Castillo Montilla

Cargo: Oficial de Construcción

C. C. 6'686826

ANEXO 1. D

CERTIFICADO DE ACCIDENTALIDAD-INDICADORES RESOLUCIÓN 0312

Bogotá, D.C., Agosto 03 de 2025

CONTRATO N°1041-2024

Señores:
Grupo INARCO.
Ciudad.

REF.: CERTIFICADO DE NO ACCIDENTALIDAD

De acuerdo a la presente yo Camilo Jiménez identificado con numero de cedula 1032372303 en calidad de contratista de la estructura metálica durante el periodo del 01 de julio al 31 de julio del 2025 no se presentó ningún accidente e incidente de trabajo.

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente

_____

Camilo Jiménez Ochoa
CC 102372303
Celular 3134815908

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. - 860011153

HACE CONSTAR QUE

La empresa **MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS** identificada con tipo y número de documento **NI 901174665** registra afiliación **ACTIVA** a POSITIVA en el ramo de Riesgos Laborales desde el **06/06/2018**, con actividad económica principal código **5351101 - LA ACTIVIDAD DE PERSONAS NATURALES O JURIDICAS QUE PRODUCEN ENERGIA ELECTRICA Y TIENEN POR LO MENOS UNA PLANTA Y/O UNIDAD DE GENERACION CONECTADA AL SISTEMA INTERCONECTADO NACIONAL, BIEN SEA QUE DESARROLLEN ESA ACTIVIDAD EN FORMA EXCLUSIVA O EN FORMA COMBINADA CON OTRA U OTRAS ACTIVIDADES DEL SECTOR ELECTRICO, CUALQUIERA DE ELLAS SEA LA ACTIVIDAD PRINCIPAL** y clase de riesgo **5.**

La información consultada en las bases de datos de la aseguradora para la generación de la constancia es desde el **11/08/2025 09:19** y sus últimos **1** años o fracción para los eventos de **Accidente de Trabajo y/o Enfermedades Laborales.**

A continuación, se relaciona únicamente los ítems por cada vigenica donde la empresa reportó eventos a la Administradora de Riesgos Laborales.

INFORMACIÓN DETALLADA CONSTANCIA	AÑO
	2025
Número promedio de trabajadores afiliados a riesgos laborales	10
Accidentes de Trabajo	
Número de Accidentes de Trabajo reportados por la empresa a la ARL por los años de consulta	2
Número total de AT calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	2
Número total de AT MORTAL calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IT de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IPP de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IT por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Accidente de Trabajo de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Accidente de Trabajo y FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IPP por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de PI de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de PS-SP de la empresa por cada uno de los años consultados	0

INFORMACIÓN DETALLADA CONSTANCIA	AÑO

	2025
Número promedio de trabajadores afiliados a riesgos laborales	10
Enfermedad Laboral	
Número de Enfermedades Laborales reportados por la empresa a la ARL por los años de consulta	0
Número total de EL calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	0
Numero total de EL reportados pendientes de calificar el origen (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de EL MORTAL calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Enfermedad Laboral (fecha de reporte) con prestación económica de IT de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Enfermedad Laboral (fecha de reporte) con prestación economica de IT por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Enfermedad Laboral de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Enfermedad Laboral y FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Enfermedad Laboral (fecha de reporte) con prestación económica de IPP por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Enfermedad Laboral (fecha de reporte) con prestación económica de PI de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Enfermedad Laboral (fecha de reporte) con prestación económica de PS-SP de la empresa por cada uno de los años consultados	0

Formato hora: 24 horas
ARL: Administradora de Riesgos Laborales
AT: Accidente de Trabajo
Fecha Reporte: Corresponde al DD/MM/AAAA en la cual se realizó el aviso oficial del evento a POSITIVA
AT MORTAL: Accidente de Trabajo con muerte del trabajador
EL: Enfermedad Laboral
EL MORTAL: Enfermedad Laboral con muerte del trabajador
IT: Incapacidad Temporal
Fecha de Radicación IT: Corresponde a DD/MM/AAAA en la cual se realizó presentación de la documentación de la IT a POSITIVA
IPP: Incapacidad Permanente Parcial
PI: Pensión de Invalidez
PS: Pensión de Sobrevivientes
SP: Sustitución Pensional

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

Fecha de Expedición: **11/08/2025 09: 19**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/CRiesgosLaborales/VCEnl?token=NJNClj2MJEVVqp2Ehv1RjN6t3Ih/MKCHFDyxFuFn0TE=)

Para verificación de Positiva

Medellín, 30 de julio de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSTRUCCIONES EYP SAS, NIT N901600031, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de enero de 2025 hasta el 30 de julio de 2025.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.61.247.53, 198.143.41.35, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. - 860011153

HACE CONSTAR QUE

La empresa **GRUPO INARCO S.A.S** identificada con tipo y número de documento **NI 900042482** registra afiliación **ACTIVA** a POSITIVA en el ramo de Riesgos Laborales desde el **31/07/2009** y clase de riesgo **3.**

La información consultada en la base de datos de la aseguradora para la generación de la constancia es del año **2025** para los eventos de **Accidente de Trabajo y/o Enfermedades Laborales**

Mes	AT No Mortales Reportados	EL No Mortales Reportadas	AT Mortales Reportados	EL Mortales Reportadas	Total
Julio	0	0	0	0	**0**

Formato hora: 24 horas
ARL: Administradora de Riesgos Laborales
AT: Accidente de Trabajo
AT MORTAL: Accidente de Trabajo con muerte del trabajador
EL: Enfermedad Laboral
EL MORTAL: Enfermedad Laboral con muerte del trabajador

Fecha de Expedición: **04/08/2025 10: 15**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/CRiesgosLaborales/VCEnl?token=Tzp4JdnMUngZs3L4pIxcHAv4lhgKsJZzYeSdoRFTVcM=)

Para verificación de Positiva

Bogotá DC, Agosto 2 del 2025

CONTRATO N. 1041-2024

Señores:

GRUPO INARCO

Ciudad.

REF.: **CERTIFICADO DE NO ACCIDENTALIDAD**

De acuerdo a la presente yo Camilo Jiménez identificado con numero de cedula 1032372303 en calidad de contratista de la estructura metálica durante el periodo del 01 de julio al 31 de julio del 2025 no se presentó ningún accidente e incidente de trabajo

Agradezco su atencion prestada

Cordialmente



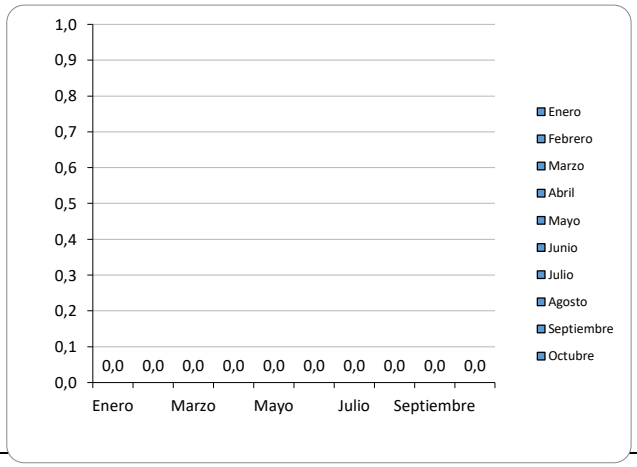
Camilo Jiménez Ochoa
Celular: 3134815908

GRUPO INARCO S.A.S.	**INDICADORES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO: ST-FO-12** **VERSIÓN:1**

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Frecuencia de accidentabilidad		
OBJETIVO:	Realizar seguimiento a las acciones preventivas generadas en la empresa para evitar la ocurrencia de accidentes de trabajo.		
PROCESO:	Seguridad y Salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:**	Responsable del SG-SST
FORMULACIÓN:	Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes *100		
UNIDAD DE MEDICIÓN:	Número	**META:**	0%
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual	**FRECUENCIA DE ANALISIS**	Mensual
DEBE CONOCER LOS RESULTADOS:	Gerente, COPASST y Trabajadores de áreas afectadas	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	Accidentabilidad

MEDICIÓN DEL INDICADOR

GRÁFICA



DATOS

MES	Accidentes	Trabajadores	Resultado
Enero	0	28	**0,0**
Febrero	0	28	**0,0**
Marzo	0	21	**0,0**
Abril	0	20	**0,0**
Mayo	0	20	**0,0**
Junio	0	20	**0,0**
Julio	0	20	**0,0**
Agosto	0		**#¡DIV/0!**
Septiembre	0		**#¡DIV/0!**
Octubre	0		**#¡DIV/0!**
Noviembre	0		**#¡DIV/0!**
Diciembre	0		**#¡DIV/0!**

#¡DIV/0!

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

Enero: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de enero, se presentaron 0 accidentes de trabajo

Febrero: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de febrero, se presentaron 0 accidentes de trabajo

Marzo: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de marzo, se presentaron 0 accidentes de trabajo

Abril: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de abril, se presentaron 0 accidentes de trabajo

Mayo: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de mayo, se presentaron 0 accidentes de trabajo

Junio: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de junio, se presentaron 0 accidentes de trabajo

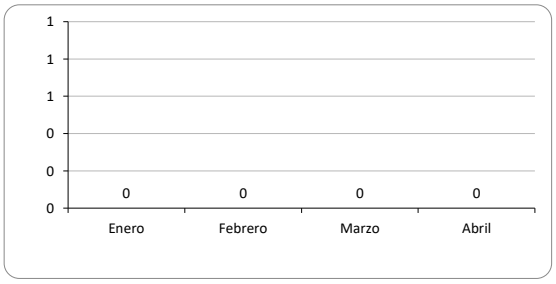
Julio: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de junio, se presentaron 0 accidentes de trabajo

GRUPO INARCO S.A.S.	**INDICADORES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO: ST-FO-12** **VERSIÓN:1**

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Severidad de Accidentabilidad		
OBJETIVO:	Realizar seguimiento a las acciones preventivas generadas en la empresa y la gestión realizada para evitar accidentes laborales		
PROCESO:	Seguridad y Salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:**	Responsable del SG-SST
FORMULACIÓN:	$\frac{\text{Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} * 100$		
UNIDAD DE MEDICIÓN:	Número	**META:**	0
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual	**FRECUENCIA DE ANALISIS**	Mensual
DEBE CONOCER LOS RESULTADOS:	Gerente, COPASST y Trabajadores de áreas afectadas	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	Accidentabilidad

MEDICIÓN DEL INDICADOR

GRAFICA



DATOS

MES	Días de Incapacidad	Días Cargados	Trabajadores	Resultado
Enero	0	0	28	**0**
Febrero	0	0	28	**0**
Marzo	0	0	21	**0**
Abril	0	0	20	**0**
Mayo	0	0	20	**0**
Junio	0	0	20	**0**
Julio	0	0	20	**0**
Agosto				**#¡DIV/0!**
Septiembre				**#¡DIV/0!**
Octubre				**#¡DIV/0!**
Noviembre				**#¡DIV/0!**
Diciembre				**#¡DIV/0!**

#¡DIV/0!

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

Enero: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de enero, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

Febrero: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de febrero, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

Marzo: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de marzo, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

Abril: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de abril, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

Mayo: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de mayo, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

Junio: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de junio, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

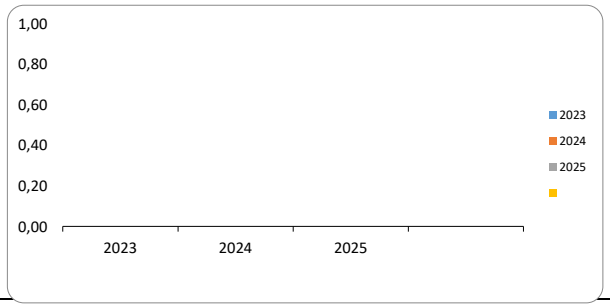
Julio: Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes de junio, se perdieron 0 días por accidente de trabajo

GRUPO INARCO S.A.S.	**INDICADORES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO: ST-FO-12** **VERSIÓN:1**

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de Accidentes Mortales		
OBJETIVO:	Realizar seguimiento a los accidentes de trabajo presentados en el periodo y generar acciones para evitar su ocurrencia.		
PROCESO:	Seguridad y Salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:**	Responsable del SG-SST
FORMULACIÓN:	Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año * 100		
UNIDAD DE MEDICIÓN:	Numero	**META:**	0
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Anual	**FRECUENCIA DE ANALISIS**	Anual
DEBE CONOCER LOS RESULTADOS:	Gerente, COPASST y Trabajadores de áreas afectadas	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	Accidentabilidad

MEDICIÓN DEL INDICADOR

GRÁFICA



DATOS

AÑO	ATM	AT	Resultado
2023	0	3	0,00
2024	0	2	0,00
2025	0	0	#¡DIV/0!

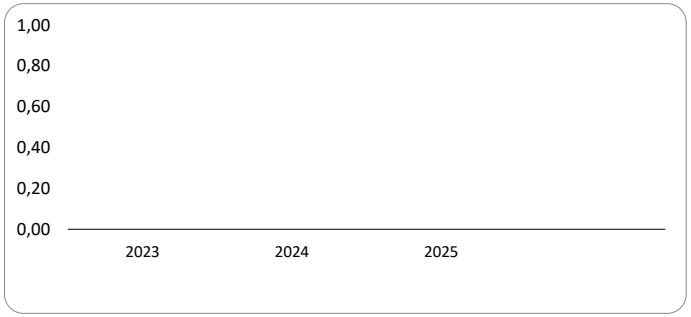
ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

GRUPO INARCO S.A.S.	**INDICADORES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO: ST-FO-12** **VERSIÓN:1**

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Prevalencia de enfermedad laboral		
OBJETIVO:	Identificar las enfermedades laborales para tener un control sobre estas.		
PROCESO:	Seguridad y Salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:**	Responsable del SG-SST
FORMULACIÓN:	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z" * 100.000		
UNIDAD DE MEDICIÓN:	Numero	**META:**	0%
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Anual	**FRECUENCIA DE ANALISIS**	Anual
DEBE CONOCER LOS RESULTADOS:	Gerente, COPASST y Trabajadores de áreas afectadas	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	Reporte de enfermedades laborales

MEDICIÓN DEL INDICADOR

GRÁFICA



DATOS

AÑO	Enfermedades	Trabajadores	Resultado
2023	0	31	0,00
2024	0	9	0,00
2025	0	28	0,00

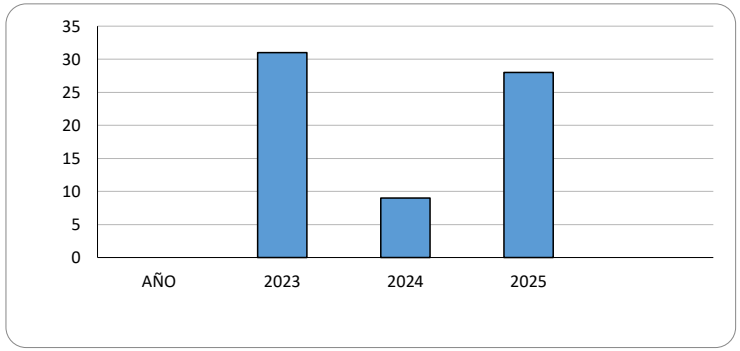
ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

GRUPO INARCO S.A.S.	INDICADORES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO: ST-FO-12 VERSIÓN:1

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Incidencia de enfermedad laboral		
OBJETIVO:	Identificar las enfermedades laborales para tener un control sobre estas.		
PROCESO:	Seguridad y Salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:**	Responsable del SG-SST
FORMULACIÓN:	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z" * 100.000		
UNIDAD DE MEDICIÓN:	Número	**META:**	0%
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Anual	**FRECUENCIA DE ANALISIS**	Anual
DEBE CONOCER LOS RESULTADOS:	Gerente y COPASST	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	Reporte de enfermedades laborales

MEDICIÓN DEL INDICADOR

GRÁFICA



DATOS

AÑO	Enfermedades	Trabajadores	Resultado
2023	0	31	0,00
2024	0	9	0,00
2025	0	28	0,00

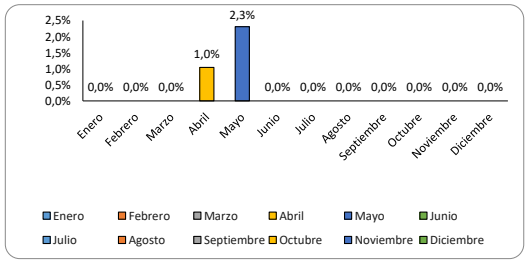
ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

GRUPO INARCO S.A.S.	**INDICADORES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO: ST-FO-12** **VERSIÓN:1**

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR:	Ausentismo por Causa Médica		
OBJETIVO:	Identificar el nivel de ausentismo por causa médica		
PROCESO:	Seguridad y Salud en el Trabajo	**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:**	Responsable del SG-SST
FORMULACIÓN:	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes * 100		
UNIDAD DE MEDICIÓN:	Porcentaje	**META:**	≤ 2,3 %
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual	**FRECUENCIA DE ANALISIS**	Mensual
DEBE CONOCER LOS RESULTADOS:	Gerente y COPASST	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	Registro de Ausentismo

MEDICIÓN DEL INDICADOR

GRAFICA



DATOS

MES	Días de Ausencia	Días de Trabajo	Resultado
Enero	0	700	**0,0%**
Febrero	0	672	**0,0%**
Marzo	0	525	**0,0%**
Abril	5	480	**1,0%**
Mayo	12	520	**2,3%**
Junio	0	440	**0,0%**
Julio	0	540	**0,0%**
Agosto		0	**#¡DIV/0!**
Septiembre		0	**#¡DIV/0!**
Octubre		0	**#¡DIV/0!**
Noviembre		0	**#¡DIV/0!**
Diciembre		0	**#¡DIV/0!**
			#¡DIV/0!

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO

Enero: En el mes de enero se perdió el 0 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

Febrero: En el mes de febrero se perdió el 0 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

Marzo: En el mes de marzo se perdió el 0 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

Abril: En el mes de abril se perdió el 0,8 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

Mayo: En el mes de mayo se perdió el 1,9 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

Junio: En el mes de mayo se perdió el 0 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

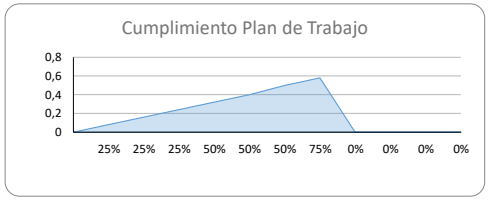
Julio: En el mes de mayo se perdió el 0 % de días programados de trabajo por incapacidad médica.

ANEXO 1. E

ENTREGA DE EPP

GRUPO INARCO S.A.S.	**PLAN DE TRABAJO ANUAL**	**CÓDIGO: ST-PL-01** **VERSIÓN: 1**

Tema	Seguridad y Salud en el Trabajo				
Responsables	Alta Dirección y Responsable de Seguridad y Salud en el trabajo	**Año:**	2025	**Alcance**	Aplica a todos los procesos y trabajadores de la empresa

OBJETIVO	META	RECURSOS	AVANCE DE EJECUCIÓN
Desarrollar las actividades que promuevan espacios laborales sanos y seguros, a través de la prevención de factores de riesgos que afecten los entornos de trabajo, generando bienestar físico, mental y social de los colaboradores con base a la normatividad vigente y aplicable a la empresa.	**>90%**	La Gerencia asignará los recursos humanos, físicos y financieros requeridos y definidos para la implementación de las actividades planeadas en el presente plan de trabajo.	

Plan de Acción para cumplir el objetivo																	SEGUIMIENTO
No.	**Actividad**	**Mes Inicio**	**Mes Fin**		**Ene**	**Feb.**	**Mar. Q1**	**Abr.**	**May.**	**Jun. Q2**	**Jul.**	**Ago.**	**Sep. Q3**	**Oct.**	**Nov.**	**Dic. Q4**	
1	**SEGUIMIENTO NORMATIVO**	**Enero**	**Diciembre**	**Meta**	**8,5%**	**20,7%**	**21,6%**	**25,1%**	**29,3%**	**34,4%**	**43,0%**	**46,4%**	**43,0%**	**46,4%**	**43,0%**	**46,4%**	
				Resultado	**8,5%**	**20,7%**	**21,6%**	**25,1%**	**29,3%**	**34,4%**	**43,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	
1	Elaborar presupuesto 2026	Diciembre	Diciembre		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	
2	Realizar evaluación de cumplimiento estándares mínimos del SG-SST	Diciembre	Diciembre		0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	
3	Realizar evaluación inicial del SG-SST dispuesta por el Ministerio de Trabajo	Diciembre	Diciembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
4	Realizar evaluación inicial del SG-SST dispuesta por la ARL	Diciembre	Diciembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
5	Elaborar y ejecutar plan de capacitación	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
6	Actualizar de matriz de peligros y riesgos con participación de los colaboradores	Noviembre	Noviembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
7	Establecer y ejecutar programa de estilos y entornos saludables	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
8	Establecer y ejecutar PVE Biomecánico	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
9	Actualizar de matriz legal	Enero	Noviembre		16%	16%	32%	32%	48%	48%	64%	0%	0%	0%	0%	0%	
10	Realizar Inducción SST	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	**Q1:**
11	Realizar reinducción SST	Septiembre	Septiembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	**Q2:**
12	Aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores (ATS, Permisos de Trabajo, Inspecciones)	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	**Q3:**
13	Actualización de perfil sociodemográfico	Julio	Julio		0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	**Q4:**
14	Gestionar realización de exámenes médicos periódicos	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
15	Realizar seguimiento a Examenes Médicos	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
16	Solicitar a la IPS informe de condiciones de salud	Noviembre	Noviembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
17	Entrega de EPP y dotación	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	48%	56%	0%	0%	0%	0%	0%	
18	Registrar evaluación y selección de proveedores y contratistas	Marzo	Diciembre		0%	100%	25%	25%	25%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	
19	Realizar rendición de cuentas	Diciembre	Diciembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
20	Revisión por la alta dirección.	Diciembre	Diciembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
21	Elaboración plan de trabajo 2026	Diciembre	Diciembre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
22	Actualizar indicadores del SG-SST	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	48%	56%	0%	0%	0%	0%	0%	
23	Seguimiento a Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	48%	56%	0%	0%	0%	0%	0%	

2	VIGÍA / BRIGADISTA	Enero	Diciembre	Meta	7,4%	39,8%	42,2%	49,6%	52,0%	55,0%	62,4%	64,8%	67,2%	94,6%	97,5%	100,0%	
				Resultado	7,4%	39,8%	42,2%	49,6%	52,0%	55,0%	62,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
24	Revisión y aprobación de política SST (Vigía SST / COPASST)	Octubre	Octubre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
25	Reuniones (Vigía SST/ COPASST)	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
26	Inspecciones y seguimiento a hallazgos encontrados (Vigía SST / COPASST)	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	Q1:
27	Capacitación Vigía SST/ COPASST	Febrero	Febrero		0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	Q2:
28	Simulacro distrital	Octubre	Octubre		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Q3:
29	Reuniones Brigadista de emergencias	Enero	Octubre		25%	25%	25%	50%	50%	50%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	Q4:
30	Inspecciones y seguimiento a hallazgos encontrados (Brigadista de Emergencias)	Enero	Diciembre		8%	16%	24%	32%	40%	50%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	
31	Capacitación Brigadista de emergencias	Febrero	Febrero		0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	
32	Reuniones Vigía de Convivencia Laboral/ Comité de Convivencia Laboral	Enero	Octubre		25%	25%	25%	50%	50%	50%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	
33	Capacitación Vigía de Convivencia Laboral/ Comité de Convivencia Laboral	Febrero	Febrero		0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	

	Ene	Feb.	Mar. Q1	Abr.	May.	Jun. Q2	Jul.	Ago.	Sep. Q3	Oct.	Nov.	Dic. Q4
Meta General	8,0%	30,3%	31,9%	37,4%	40,7%	44,7%	52,7%	55,6%	55,1%	70,5%	70,3%	73,2%
Resultado General	8,0%	30,2%	31,9%	37,3%	40,6%	44,7%	52,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Elaborado por:	Aprobado por:
Nancy Paola Hernández Fonseca Responsable del SG-SST Licencia 3377 de 2019	Mario De Jesús Salazar Representante Legal

GRUPO INARCO S.A.S.	MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CÓDIGO: ST-MT-02 VERSIÓN: 1

PARTE DEL CUERPO	ELEMENTO	DIBUJO	NORMA	USO TÉCNICO	TIEMPO DE REPOSICIÓN	ASPECTOS A VERIFICAR	CARGOS		
							Lider del Proyecto	Inspector SST	Técnico de Mantenimient

GRUPO INARCO S.A.S.	**MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	**CÓDIGO: ST-MT-02** **VERSIÓN: 1**

PARTE DEL CUERPO	ELEMENTO	DIBUJO	NORMA	USO TÉCNICO	TIEMPO DE REPOSICIÓN	ASPECTOS A VERIFICAR	CARGOS		
							Lider del Proyecto	Inspector SST	Técnico de Mantenimient
SISTEMA AUDITIVO	Protectores auditivos desechables MOLDEX 6604		ANSI S 3.19 de 1974 ICONTEC 2272 ANSI 2.3 Y 19.	Se usa para proteger los oídos de la intensidad del ruido generada en las diferentes secciones	Una sola vez de uso	Buen ajuste y estado físico - Suministro diario - Perfecto aseo			
	Protectores auditivos de copa arseg.			La propiedad de los protectores auditivos de copa mas que su compatibilidad con el casco es brindar un nivel mayor de atenuación del ruido.	1 año	Buen ajuste y estado físico - Perfecto aseo			
	Protectores auditivos, tapón siliconado con cordel antialérgico.			Se usa para proteger los oídos de la intensidad del ruido generada en las diferentes secciones.	Según su utilización.	Buen ajuste y estado físico - Perfecto aseo	x	x	x
SISTEMA RESPIRATORIO	Mascarilla desechable de protección contra material particulado N95		Estándares NIOSH y OSHA para protección respiratoria	Se usa para proteger contra polvos no tóxicos, ideal para trabajos de renovación como la arena y para trabajos en la casa y de jardinería como el polén.	Cuando se realice la actividad de limpieza de polvo	Suministro para uso individual - Buen estado y aplicación			
TRONCO, ESPALDA Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INEFERIORES	Chaleco reflectivo		El material del chaleco debe cumplir con la norma NTC 5563	Se usa para identificar el personal residente de obra debe tener nombre de la empresa contratista promotor interventoria y numero del contaro	Cada 4 meses	Buenas condiciones Color uniforme	x		

GRUPO INARCO S.A.S.	MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CÓDIGO: ST-MT-02 VERSIÓN: 1

PARTE DEL CUERPO	ELEMENTO	DIBUJO	NORMA	USO TÉCNICO	TIEMPO DE REPOSICIÓN	ASPECTOS A VERIFICAR	CARGOS		
							Líder del Proyecto	Inspector SST	Técnico de Mantenimient
TRONCO, ESPALDA Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INEFERIORES	Overol en drill nacional rojo y negro de dos piezas Camisa manga larga		El material del overol debe cumplir con la norma NTC 5563	Se usa para identificar el personal operativo nombre de la empresa contratista promotor interventoria y numero del contaro	Cada 4 meses	Buenas condiciones Color uniforme			x

PARTE DEL CUERPO	ELEMENTO	DIBUJO	NORMA	USO TÉCNICO	TIEMPO DE REPOSICIÓN	ASPECTOS A VERIFICAR	CARGOS		
							Líder del Proyecto (Ingeniero	Inspector SST	Técnico de Mantenimiento
MANOS	Guantes de resistencia física con refuerzo o sin refuerzo (vaqueta, carnaza)		Estándares de la CEE e ISO 9001	Se usa para trabajos generales que requieran niveles importantes de resistencia a la abrasión, riesgos mecánicos como: abrasión, golpeteo, punzonado, rozamiento, temperaturas, chispas, calor radiante e incluso calor directo intermitente.	2 meses	Buen estado (sin costuras ni enmendaduras) NO impregnados de sustancias (grasa, pintura, químicos)			
	Guantes de caucho			Se usa para la manipulación de las sustancias químicas de limpieza	2 meses	Buen estado (sin costuras ni enmendaduras) NO impregnados de sustancias (grasa, pintura, químicos)			
	Guantes de Nitrilo o Látex			Se usa para evitar contacto de las manos con superficies	Diario	Buen estado que no se encuentre con fisuras, o enmendaduras			
PIES	BOTA 6" Cuero café, puntera composite, suela inyección directa poliuretano, densidad, resistente a hidrocarburos, antideslizante. Certificación dieléctrica.		ANSI Z-41 DE 1991 Ó DIN 4843 Y CSA Z195	Se usa para la protección de las actividades en los proyectos.	Anual	Suelas con buen labrado, - El material usado no debe estar rajado - Cuando aplique la puntera o platina, ésta no podrá estar expuesta. - Buen estado General	x	x	
	Botas de caucho o similar caña alta. (Cuando se requiera acorde con las condiciones del clima)			Se utiliza principalmente para el campo y construcción, donde los usuarios requieren una bota confortable, liviana y que proteja de la humedad, para ser utilizada en sus jornadas laborales.	Cada 2 años				
	Guantes dieléctricos		ASTM D120 EN 60903	Se usan para evitar lesiones graves o fatales por contacto con la electricidad	Cada 6 meses	Prueba de estanqueidad inflándolos			x
	Botas dieléctricas		ASTM F2413 EN 50321	Se usan cuando hay riesgo de descarga eléctrica	Anual	Que las botas estén libres de contaminantes que puedan interferir con la seguridad			x

NOTA:	
	ALGUNAS PRENDAS O ELEMENTOS, PUEDEN SER SUSTITUTO DE OTROS, COMO ES EL CASO DE OVEROLES POR CAMISA Y PANTALÓN, SEGÚN REQUERIMIENTOS O CONDICIONES DEFINIDAS ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS EPP PUEDEN VARIAR, DEPENDIENDO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE O EL TRABAJO A REALIZAR (COLOR, IDENTIFICACIÓN, ETC.) EN LOS TRABAJOS A REALIZARSE POR PARTE DE CONTRATISTAS, SE DEBE EXIGIR EL USO DE LOS EPP MENCIONADOS EN ESTA MATRIZ, ACORDE CON LOS CARGOS O FUNCIONES A REALIZAR DADA LA VARIEDAD DE ELEMENTOS (CARACTERÍSTICAS Y DURABILIDAD, EL CAMBIO O REPOSICIÓN DE EPP, NO TIENE DEFINICIÓN ALGUNA DE TIEMPO Y DEPENDE DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ENTREGAS, APLICACIONES Y TIEMPOS DE USO, RESULTADOS DE INSPECCIONES, CONTROL DE TIPO OPERATIVO, ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O SOLICITUDES DIRECTAS. EL SUMINISTRO DE DOTACIÓN Y ROPA DE TRABAJO, SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE Y APLICABLE LA REPOSICIÓN SE REALIZARÁ: GUANTES DE VAQUETA CADA MES Y MEDIO, LOS PAI Y GAFAS CADA 3 MESES, ESTE TIEMPO DE ENTREGA ESTA SUJETO A CAMBIOS Y EXCEPCIONES DONDE NO SE ALCANCE A CUMPLIR EL TIEMPO DE ENTREGA POR DETERIORO

GRUPO INARCO S.A.S.	ENTREGA DOTACION Y EPP	CÓDIGO: ST-FO- VERSIÓN: 1

NOMBRE COMPLETO	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	ELEMENTO DE PROTECCIÓN	FECHA	*FIRMA DE RECIBIDO	OBSERVACIONE
Taylor Cornejo Jaramillo	oficial	1192745208	Tapabocos Guantes, Gafas	03/07/25		
Elkin Berrio	oficial	1192099779	Botas, Gafas Guantes tapabocas casco, Tapabocas	04/07/25		
Edgar Aguirre Plaza	oficial	79667411	Botas, Gafas Guantes tapabocas casco Tapabocas	04/07/25		
Andres Alvarado	oficial	1037960036	Botas, Gafas Guantes	04/07/25		
Cristian Hernandez	Oficial	1023976473	Botas, Gafas, Guantes tapabocas casco	04/07/25		

*En mi capacidad de trabajador, me comprometo con la empresa a usar los elementos de protección personal (EPP) en el desarrollo de actividades laborales.

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ENTREGA DOTACION Y EPP	CÓDIGO: ST-FO-02 VERSIÓN: 1

NOMBRE COMPLETO	CARGO	NUMERO DE DOCUMENTO	ELEMENTO DE PROTECCIÓN	FECHA	*FIRMA DE RECIBIDO	OBSERVACIONES
Pacífico Benitez	oficial	19496562	Casco, Guantes latapacocas, tapaoidos Gafas.	31-07		
Andrés Izquierdo Ramón	Oficial	1022938062	Casco, Guantes latapacocas, tapaoidos Gafas.	31-07-25		

*En mi capacidad de trabajador, me comprometo con la empresa a usar los elementos de protección personal (EPP) en el desarrollo de mis actividades laborales.

Powered by CamScanner

ANEXO 1. F

PLAN ANUAL

Derechos Humanos

19 respuestas

Publicar análisis

Fecha

19 respuestas

jul 25	8
jul 2015	9
jul 2025	8 5 9 8 10 2 12 17

Nombre Completo

19 respuestas

Cristian Camilo Tobar Hernández

Jairo Rodríguez López

Hersaid Ruiz Alvarez

Rosa Milena Pineda Aguirre

Jimmy Fernando Gómez castillo

Angel ariel galicia carrillo

Nelson Díaz

HECTOR ZAPATA

Diana Celis

Carlos Alberto Alvarez cuadros

Juan Sebastian Gomez Gil

Claudia Patricia López Sanabria

Oscar Hernández

José Eduardo Rodríguez salom

Laura Sofia Murcia Durán

Julieth Vivas

Ferney artunduaga

Luis Enrique cruz Rivera

Edgar armando Valbuena Buitrago

Numero de Identificación

19 respuestas

1033697033

19492687

1083899641

1030693965

79838484

14105479

79218399

80039808

1018497235

79683769

1022399500

52877894

1023028375

79472721

1000698902

1016112173

83232449

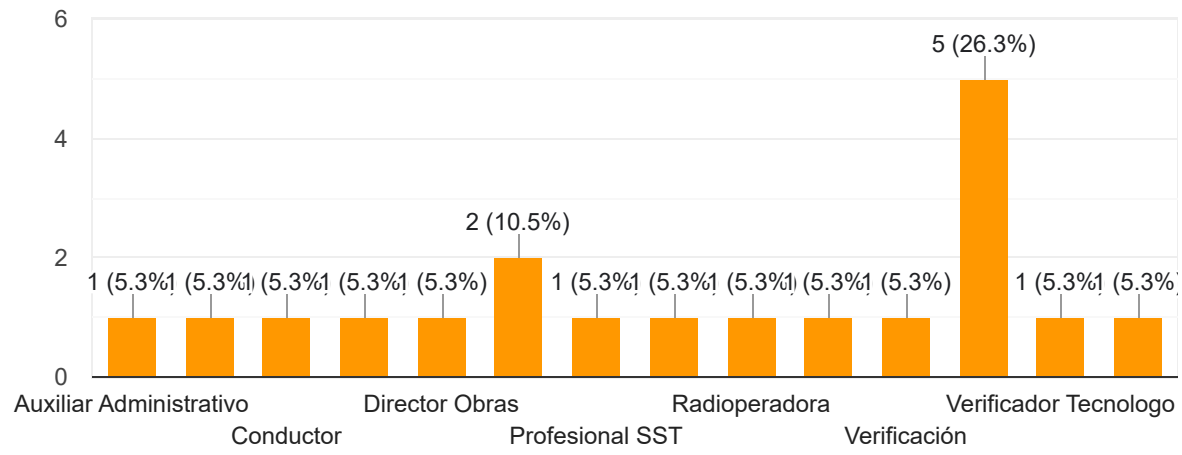
4948293

79790908

Cargo

Copiar

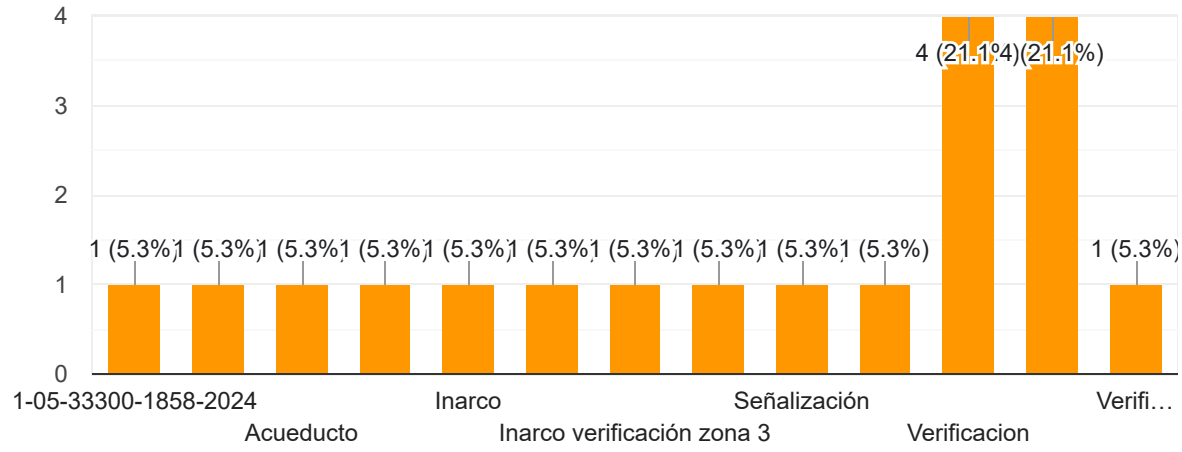
19 respuestas



Proyecto

Copiar

19 respuestas

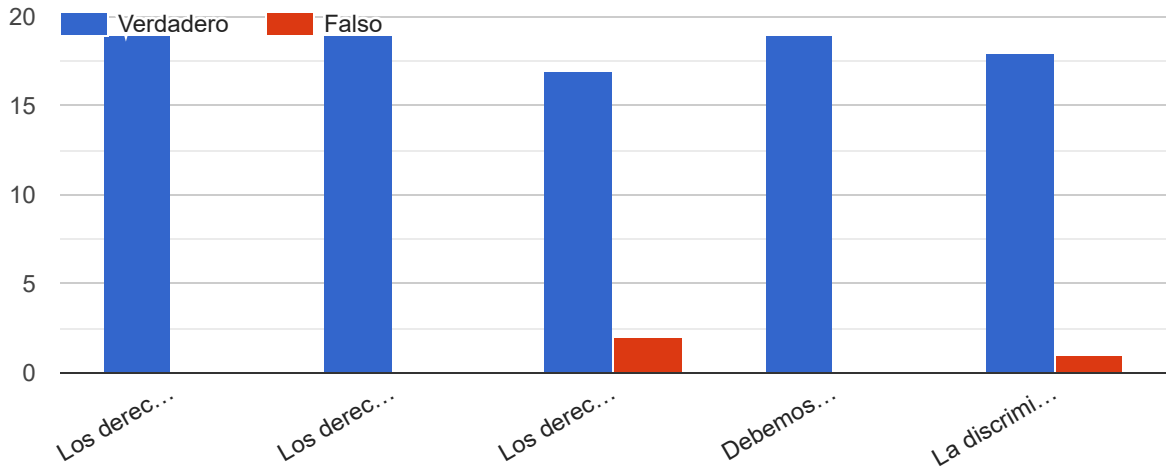


Material de Estudio

Cuestionario

Responde Verdadero o Falso según corresponda:

Copiar



¡Muchas gracias por tu participación!

Google no creó ni aprobó este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

Encuesta de Morbilidad Sentida

20 respuestas

Publicar análisis

Información General

Fecha

20 respuestas



Nombre completo

20 respuestas

José Eduardo Rodríguez Salom

Oscar Ovidio Hernández Guativa

Juan Sebastian Gomez Gil

Carlos Alberto Alvarez cuadros

Angel ariel galicia carrillo

Claudia Patricia López Sanabria

Jairo Rodríguez López

Diana Celis

Laura Sofía Murcia Durán

wendy karina alfonso

Cristian Camilo Tobar Hernández

Hector Zapata

Ferney artunduaga Astudillo

Edgar valbuena

Rosa Milena Pineda Aguirre

Jimmy Fernando Gómez castillo

Luis Enrique cruz Rivera

Julieth Vivas

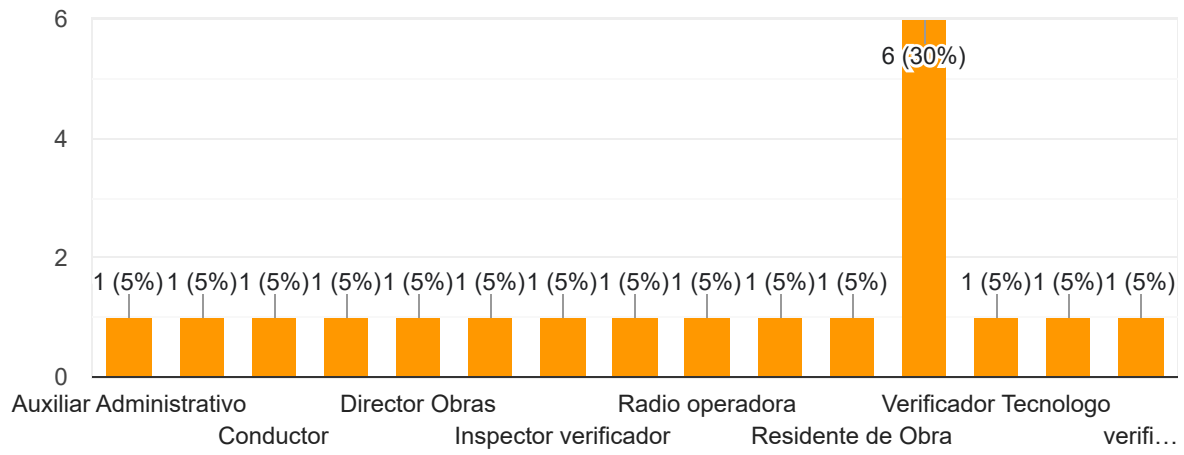
Nelson Díaz

Hersaid Ruiz

Cargo

Copiar

20 respuestas



Número de Identificación

20 respuestas

79472721

1023028375

1022399500

79683769

14105479

52877894

19492687

1018497235

1000698902

1000778181

1033697033

80039808

83232449

79790908

1030603965

79838484

4948293

1016112173

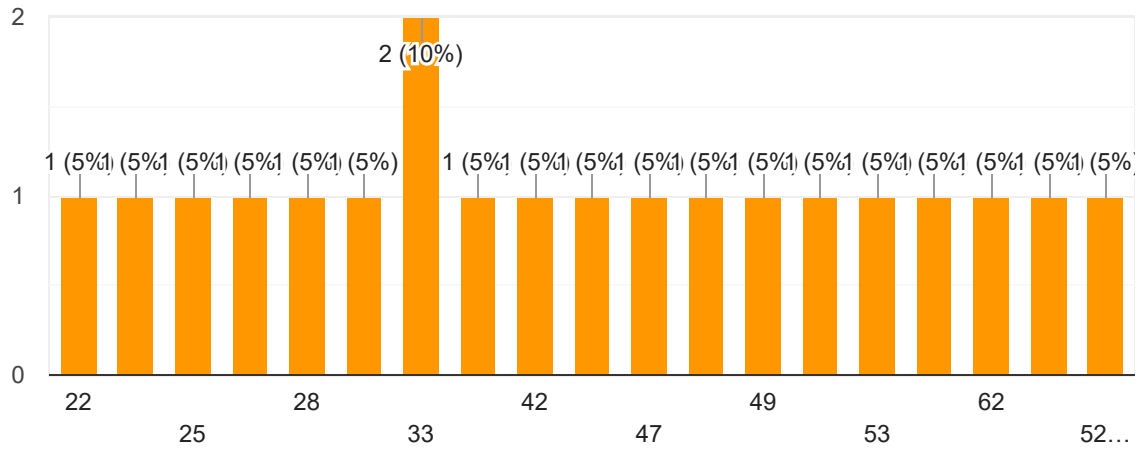
79218399

1083899641

Edad

Copiar

20 respuestas



Antigüedad en el cargo (especificar años- meses)

20 respuestas

15 años

5 Meses

9 meses

1 año

1 año y 2 meces

8 años

14 años

6

4 meses

2 años y 3 meses

7 meses

10 meses

4 años

2 años

9años

18 años

6, meses

6 meses

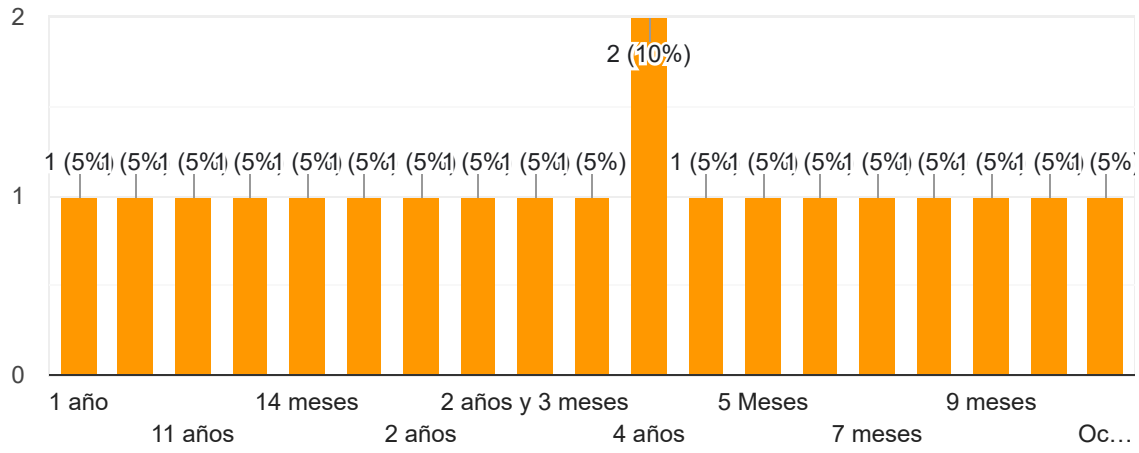
8años

9 años

Antigüedad en la empresa (especificar años - meses)

Copiar

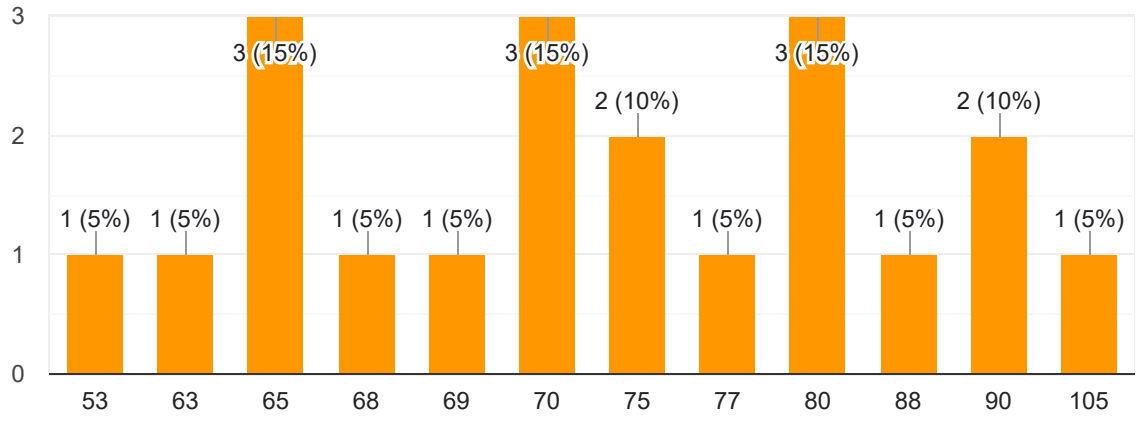
20 respuestas



Peso aproximado en kilos (por favor solo anotar el número. Ejemplo: 60)

Copiar

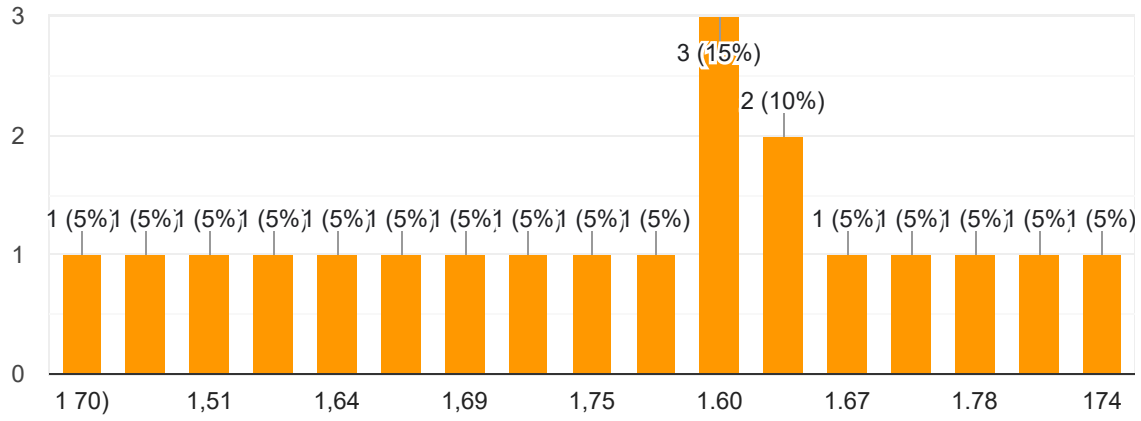
20 respuestas



Estatura aproximada (por favor separar los números con una coma. Ejemplo 1,78)

Copiar

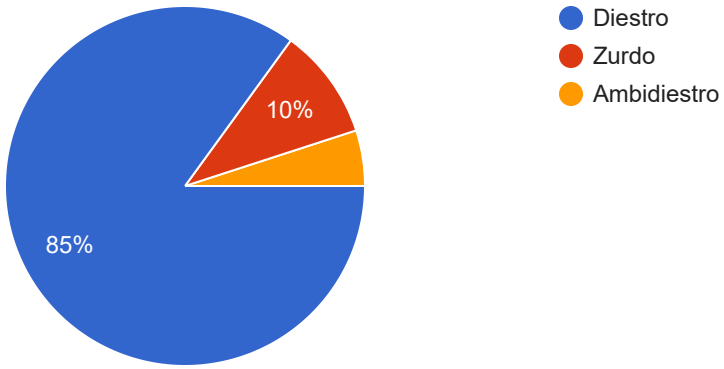
20 respuestas



Lateralidad

Copiar

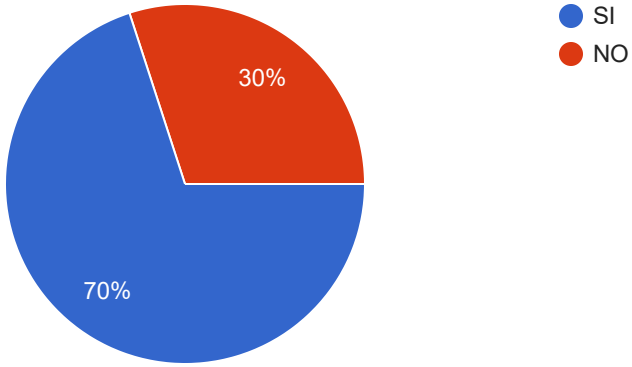
20 respuestas



Además de su actual trabajo, realiza alguna otra actividad?

Copiar

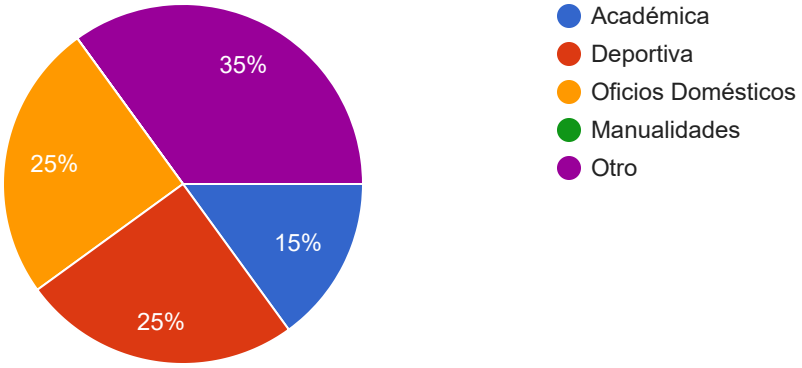
20 respuestas



Si la respuesta es SI, ¿qué actividad realiza?

Copiar

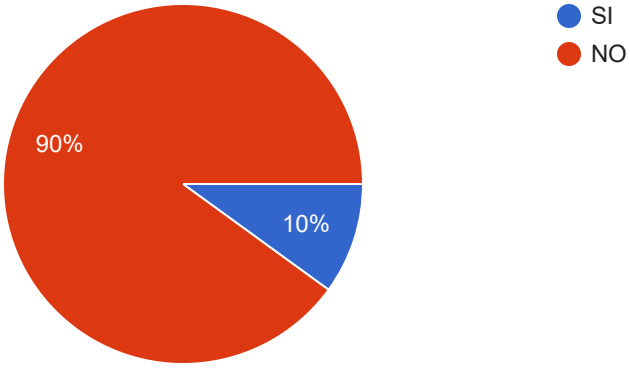
20 respuestas



¿Sufre de alguna enfermedad?

Copiar

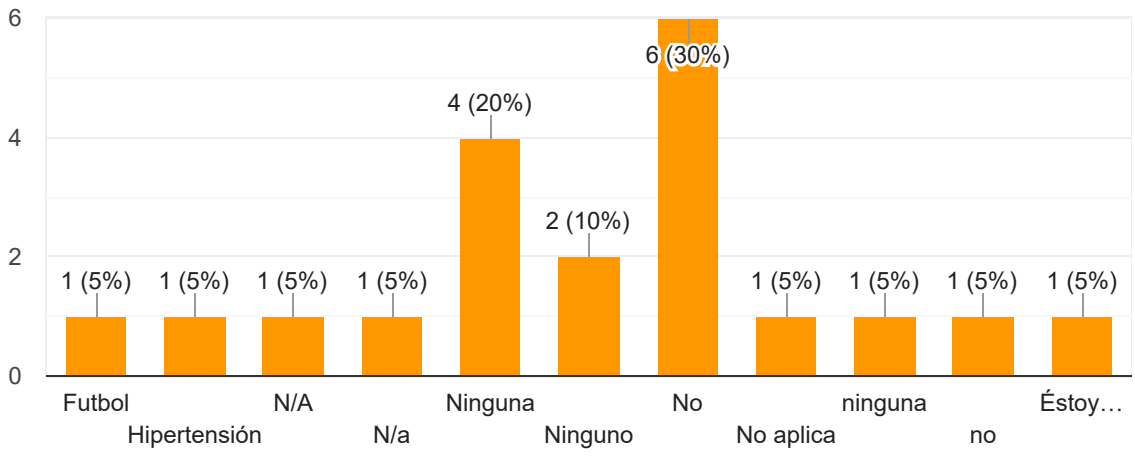
20 respuestas



Si la respuesta es SI, ¿ especifique cual?

Copiar

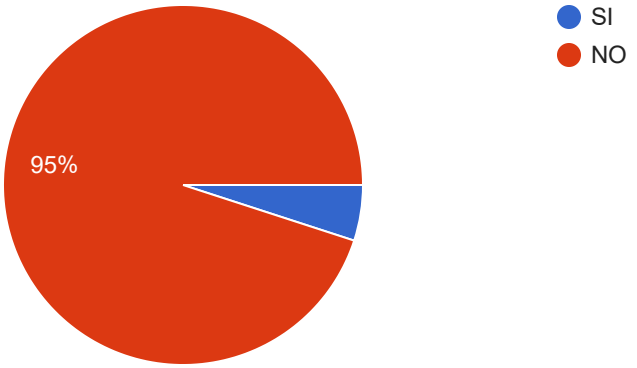
20 respuestas



¿Toma algún medicamento?

Copiar

20 respuestas



Si la respuesta es SI, ¿ especifique cuales?

20 respuestas

No

Ninguna

Ninguno

N/A

Ninguno

Nono

Ninguna

ninguno

No aplica

n/a

Enalapril

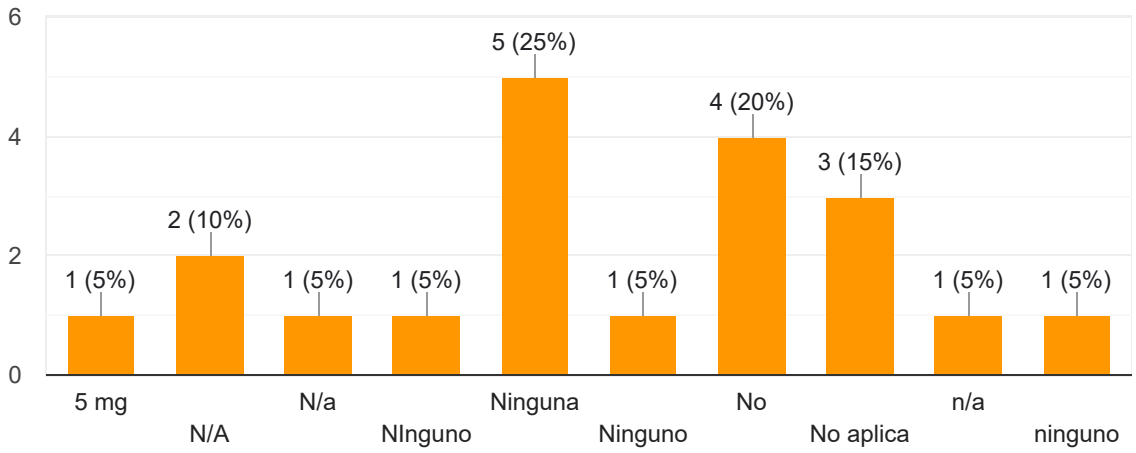
No aplica

N/a

Especifique la dosis según formula medica:

Copiar

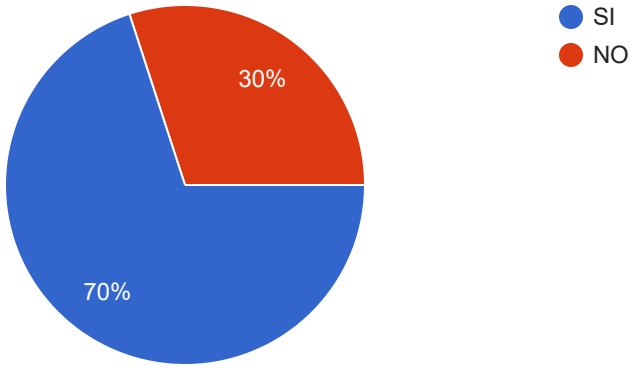
20 respuestas



Realiza controles médicos rutinarios ?

Copiar

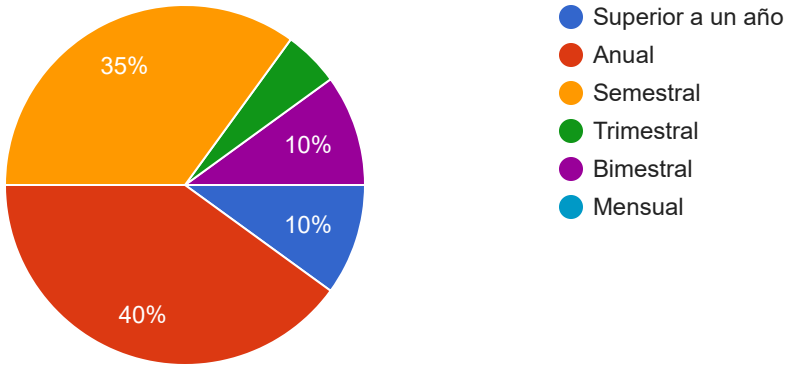
20 respuestas



¿Con qué frecuencia asiste a controles médicos?

Copiar

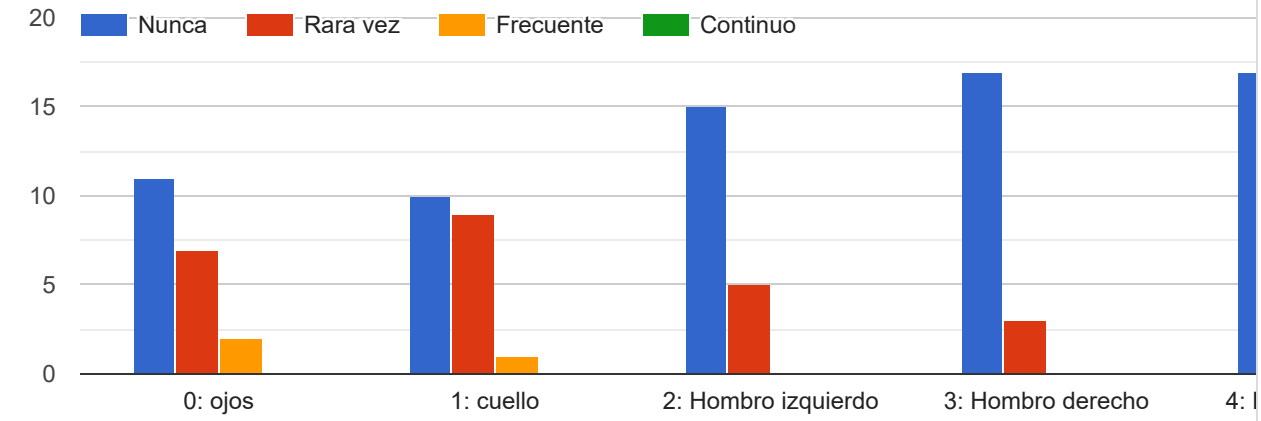
20 respuestas



Información de Sintomatología

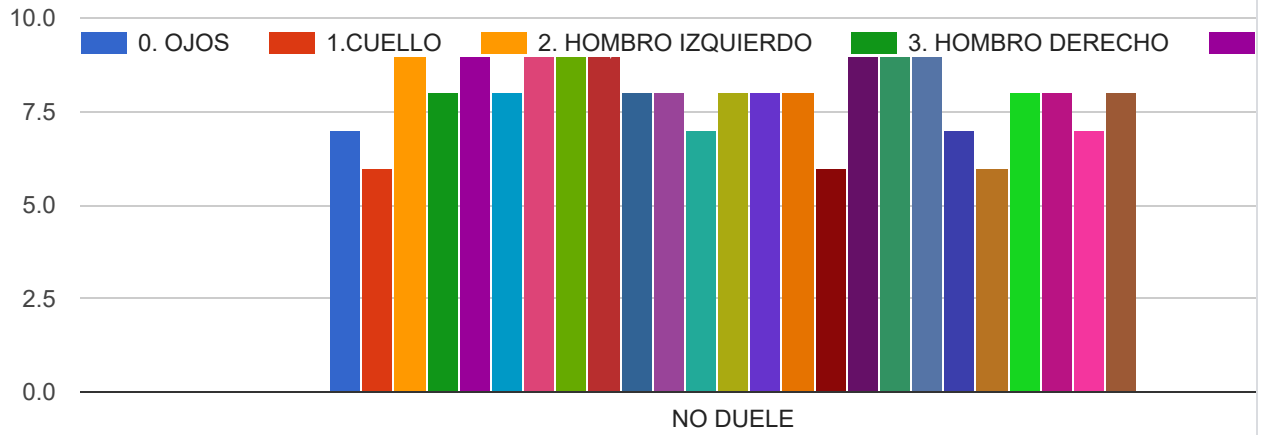
Si presenta molestias por favor marque con que FRECUENCIA (Responder todos los items). Tenga en cuenta los 24 segmentos corporales que se mencionan.

Copiar



Si en la pregunta anterior señalo RARA VEZ, FRECUENTE O CONTINUO por favor informe la SEVERIDAD del dolor. Tenga en cuenta los 24 segmentos corporales que se mencionan.

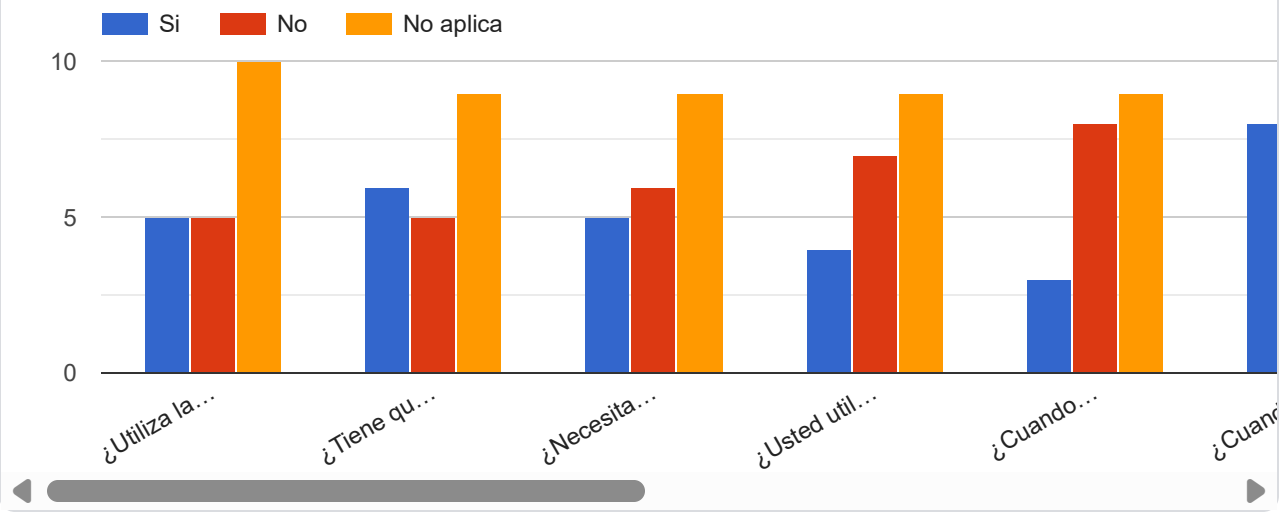
Copiar



Encuesta de hábitos y percepción del riesgo del trabajador

Marque según corresponda:

Copiar



¡Muchas gracias por su participación!

Google no creó ni aprobó este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

GRUPO INARCO S.A.S.	**PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO:ST-PG-01** **VERSIÓN: 1**

AÑO:	2025
NOMBRE DEL PROGRAMA:	PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES
RESPONSABLE DEL PROGRAMA	Responsable del SG-SST - Gerente
OBJETIVO GENERAL	Promover estilos de vida saludable orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de los colaboradores de la empresa.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	* Desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud de los colaboradores de la empresa, de acuerdo al diagnóstico de condiciones de salud. * Identificar las diferentes patologías visuales y auditivas de acuerdo al diagnóstico de condiciones de salud con el fin de controlar, establecer y mantener la vigilancia para la prevención y control de enfermedades visuales. * Identificar, prevenir y controlar de manera general las enfermedades cardiovasculares en el personal por medio de intervenciones pedagógicas y terapéuticas encaminadas a transformar actitudes y conductas que promuevan la salud cardiovascular. * Prevenir la aparición de desórdenes músculo esqueléticos derivados de la exposición a factores de riesgo biomecánicos.
ALCANCE	Todo el personal
RESPONSABILIDADES	**• Responsabilidades de la Gerencia.** - Asignar recursos para el desarrollo del programa. - Vigilar el desarrollo de las actividades establecidas en el programa. - Aprobar el desarrollo de las actividades.
	*** Responsabilidades del responsable de Seguridad y salud en el trabajo .** - Realizar la planificación y promoción de las actividades para la ejecución del programa. - Realizar la ejecución y seguimiento de acuerdo a la frecuencia establecida en el programa. - Coordinar y gestionar la ejecución de actividades. - Medir los indicadores de resultado de las actividades programadas.
	• Responsabilidad de los colaboradores. - Estar abiertos al cambio y participar de manera activa en el desarrollo del programa. - Comunicar a los Jefes de área y/o Coordinadores, inquietudes, ideas de mejora y soluciones de problemas frente al tema. - Ser promotores del cambio de comportamiento. - Estar consientes que para lograr un hábito se necesita de muchas repeticiones durante el día.
RECURSOS NECESARIOS	Humanos, financieros y tecnológicos.

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

NOMBRE	META	PERIODICIDAD	INDICADOR													
			FORMULA	TRIMESTRE 1			TRIMESTRE 2			TRIMESTRE 3			TRIMESTRE 4			ANÁLISIS
				Nº	Nº	RESULTADO	Nº	Nº	RESULTADO	Nº	Nº	RESULTADO	Nº	Nº	RESULTADO	
CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	100%	Trimestral	(N° de actividades ejecutadas / N° Actividades programadas) *100	**14**	**14**	**100%**	**12**	**12**	**100%**		**13**	**0%**		**14**	**0%**	
COBERTURA	90%	Trimestral	(N° de expuestos al riesgo que participan en las actividades / N° Total de expuestos) * 100	**21**	**21**	**100,00%**	**20**	**20**	**100%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
INCIDENCIA	< 10%	Trimestral	N° de casos nuevos de enfermedad (Cardiovascular, auditiva, visual) en el trimestre/ promedio de colaboradores en el trimestre *100	**0**	**21**	**0,00%**	**0**	**20**	**0%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
PREVALENCIA	< 30%	Trimestral	N° de casos nuevos de enfermedad (Cardiovascular, auditiva, visual) + numero de casos antiguos de enfermedad (osteomuscular, auditiva, visual)/No. De personal expuesto al riesgo) *100	**0**	**21**	**0%**	**0**	**20**	**0%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
AUSENTISMO	0%	Trimestral	N° de episodios de ausencia en el periodo por enfermedad (Cardiovascular, auditiva, visual) /N° de días de trabajo programados *100	**0**	**20**	**0,00%**	**0**	**20**	**0%**	**0**	**20**	**0%**	**0**	**20**	**0%**	

CRONOGRAMA

FASE	ACTIVIDADES	DIRIGIDAS A	Ene.		Feb.		Mar.		Abr.		May.		Jun.		Jul.		Ago.		Sep.		Oct.		Nov.		Dic.		RESPONSABLE	EVIDENCIA
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E		
1. Fase de evaluación y planeación	Creación y actualización del programa de estilos de vida saludable	Responsable de SG-SST	1	1																							Responsable del SG-SST	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
	Establecer y definir metas y objetivos de programa de estilos de vida saludable	Responsable de SG-SST	1	1																							Responsable del SG-SST	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
2. Fase de Intervención	Realización de examenes médicos (Ingreso-periódico - retiro)	TODO EL PERSONAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Gerente	Examenes médicos ocupacionales
	Divulgación de resultados de los exámenes medico ocupacionales a los colaboradores.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Responsable del SG-SST	
	Remisión por EPS a colaboradores de acuerdo con el concepto emitido por el médico ocupacional.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Responsable del SG-SST	Carta de recomendación/correo electrónico
	Campaña Salud Visual						1	1																			Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Campaña estilos y entornos saludables				1	1																						
	Campaña Salud Auditiva												1	1													Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Campaña cardiovascular																		1								Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Campaña osteomuscular				1	1																			1		Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Seguimiento al personal con restricciones, resultado de los examenes médicos ocupacionales	PERSONAL DIAGNOSTICADO																							1		Coordinadora de Talento Humano	Control examenes médicos ocupacionales
3. Fase de Verificación	Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión del programa	Responsable del SST					1	1					1	1					1						1		Responsable del SG-SST	Indicadores
	Revisión documental al cumplimiento	Responsable del SST					1	1					1	1					1						1			evidencia registros
	Ajuste al programa de gestión, según revisión	Responsable del SST																							1			control año vigente
ACTIVIDADES EJECUTADAS				5		5		6		3		3		6		3		0		0		0		0		0		
ACTIVIDADES PROGRAMADAS			5		5		6		3		3		6		3		3		6		3		3		8			
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO			100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%		0%		0%		0%		0%		0%			

GRUPO INARCO S.A.S.	**PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO:ST-PG-01** **VERSIÓN: 1**

AÑO:	2025
NOMBRE DEL PROGRAMA:	PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES
RESPONSABLE DEL PROGRAMA	Responsable del SG-SST - Gerente
OBJETIVO GENERAL	Promover estilos de vida saludable orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de los colaboradores de la empresa.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	* Desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud de los colaboradores de la empresa, de acuerdo al diagnóstico de condiciones de salud. * Identificar las diferentes patologías visuales y auditivas de acuerdo al diagnóstico de condiciones de salud con el fin de controlar, establecer y mantener la vigilancia para la prevención y control de enfermedades visuales. * Identificar, prevenir y controlar de manera general las enfermedades cardiovasculares en el personal por medio de intervenciones pedagógicas y terapéuticas encaminadas a transformar actitudes y conductas que promuevan la salud cardiovascular. * Prevenir la aparición de desórdenes músculo esqueléticos derivados de la exposición a factores de riesgo biomecánicos.
ALCANCE	Todo el personal
RESPONSABILIDADES	**• Responsabilidades de la Gerencia.** - Asignar recursos para el desarrollo del programa. - Vigilar el desarrollo de las actividades establecidas en el programa. - Aprobar el desarrollo de las actividades.
	*** Responsabilidades del responsable de Seguridad y salud en el trabajo .** - Realizar la planificación y promoción de las actividades para la ejecución del programa. - Realizar la ejecución y seguimiento de acuerdo a la frecuencia establecida en el programa. - Coordinar y gestionar la ejecución de actividades. - Medir los indicadores de resultado de las actividades programadas.
	• Responsabilidad de los colaboradores. - Estar abiertos al cambio y participar de manera activa en el desarrollo del programa. - Comunicar a los Jefes de área y/o Coordinadores, inquietudes, ideas de mejora y soluciones de problemas frente al tema. - Ser promotores del cambio de comportamiento. - Estar consientes que para lograr un hábito se necesita de muchas repeticiones durante el día.
RECURSOS NECESARIOS	Humanos, financieros y tecnológicos.

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

NOMBRE	META	PERIODICIDAD	INDICADOR													
			FORMULA	TRIMESTRE 1			TRIMESTRE 2			TRIMESTRE 3			TRIMESTRE 4			ANÁLISIS
				Nº	Nº	RESULTADO	Nº	Nº	RESULTADO	Nº	Nº	RESULTADO	Nº	Nº	RESULTADO	
CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	100%	Trimestral	(N° de actividades ejecutadas / N° Actividades programadas) *100	**14**	**14**	**100%**	**12**	**12**	**100%**		**13**	**0%**		**14**	**0%**	
COBERTURA	90%	Trimestral	(N° de expuestos al riesgo que participan en las actividades / N° Total de expuestos) * 100	**21**	**21**	**100,00%**	**20**	**20**	**100%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
INCIDENCIA	< 10%	Trimestral	N° de casos nuevos de enfermedad (Cardiovascular, auditiva, visual) en el trimestre/ promedio de colaboradores en el trimestre *100	**0**	**21**	**0,00%**	**0**	**20**	**0%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
PREVALENCIA	< 30%	Trimestral	N° de casos nuevos de enfermedad (Cardiovascular, auditiva, visual) + numero de casos antiguos de enfermedad (osteomuscular, auditiva, visual)/No. De personal expuesto al riesgo) *100	**0**	**21**	**0%**	**0**	**20**	**0%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
AUSENTISMO	0%	Trimestral	N° de episodios de ausencia en el periodo por enfermedad (Cardiovascular, auditiva, visual) /N° de días de trabajo programados *100	**0**	**20**	**0,00%**	**0**	**20**	**0%**	**0**	**20**	**0%**	**0**	**20**	**0%**	

CRONOGRAMA

FASE	ACTIVIDADES	DIRIGIDAS A	Ene.		Feb.		Mar.		Abr.		May.		Jun.		Jul.		Ago.		Sep.		Oct.		Nov.		Dic.		RESPONSABLE	EVIDENCIA
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E		
1. Fase de evaluación y planeación	Creación y actualización del programa de estilos de vida saludable	Responsable de SG-SST	1	1																							Responsable del SG-SST	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
	Establecer y definir metas y objetivos de programa de estilos de vida saludable	Responsable de SG-SST	1	1																							Responsable del SG-SST	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
2. Fase de Intervención	Realización de examenes médicos (Ingreso-periódico - retiro)	TODO EL PERSONAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Gerente	Examenes médicos ocupacionales
	Divulgación de resultados de los exámenes medico ocupacionales a los colaboradores.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Responsable del SG-SST	
	Remisión por EPS a colaboradores de acuerdo con el concepto emitido por el médico ocupacional.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Responsable del SG-SST	Carta de recomendación/correo electrónico
	Campaña Salud Visual						1	1																			Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Campaña estilos y entornos saludables				1	1																						
	Campaña Salud Auditiva												1	1													Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Campaña cardiovascular																		1								Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Campaña osteomuscular				1	1																			1		Responsable del SG-SST	Grupo de WhatsApp
	Seguimiento al personal con restricciones, resultado de los examenes médicos ocupacionales	PERSONAL DIAGNOSTICADO																							1		Coordinadora de Talento Humano	Control examenes médicos ocupacionales
3. Fase de Verificación	Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión del programa	Responsable del SST					1	1					1	1					1						1		Responsable del SG-SST	Indicadores
	Revisión documental al cumplimiento	Responsable del SST					1	1					1	1					1						1			evidencia registros
	Ajuste al programa de gestión, según revisión	Responsable del SST																							1			control año vigente
ACTIVIDADES EJECUTADAS				5		5		6		3		3		6		3		0		0		0		0		0		
ACTIVIDADES PROGRAMADAS			5		5		6		3		3		6		3		3		6		3		3		8			
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO			100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%		0%		0%		0%		0%		0%			

	PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO:ST-PG-01 VERSIÓN: 1
AÑO:	2025	
NOMBRE DEL PROGRAMA:	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA RIESGO BIOMECÁNICO	
RESPONSABLE DEL PROGRAMA	Responsable del SG-SST - Gerente	
OBJETIVO GENERAL	Proporcionar elementos y herramientas que permitan definir e implementar estrategias orientadas a la prevención de los desórdenes músculo esqueléticos relacionados con el trabajo y su impacto sobre la calidad de vida de los colaboradores de la empresa	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	* Desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud de los colaboradores de la empresa. * Identificar los desórdenes músculo esqueléticos existentes en los colaboradores de la empresa. * Prevenir la aparición de desórdenes músculo esqueléticos derivados de la exposición a factores de riesgo biomecánicos.	
ALCANCE	Todo el personal	
RESPONSABILIDADES	• **Responsabilidades de la Gerencia.** - Asignar recursos para el desarrollo del programa. - Vigilar el desarrollo de las actividades establecidas en el programa. - Aprobar el desarrollo de las actividades.	
	*** Responsabilidades del responsable de Seguridad y salud en el trabajo .** - Realizar la planificación y promoción de las actividades para la ejecución del programa. - Realizar la ejecución y seguimiento de acuerdo a la frecuencia establecida en el programa. - Coordinar y gestionar la ejecución de actividades. - Medir los indicadores de resultado de las actividades programadas.	
	• **Responsabilidad de los colaboradores.** - Estar abiertos al cambio y participar de manera activa en el desarrollo del programa. - Comunicar a los Jefes de área y/o Coordinadores, inquietudes, ideas de mejora y soluciones de problemas frente al tema. - Ser promotores del cambio de comportamiento. - Estar consientes que para lograr un hábito se necesita de muchas repeticiones durante el día.	
RECURSOS NECESARIOS	Humanos, financieros y tecnológicos.	

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

NOMBRE	META	PERIODICIDAD	INDICADOR													ANÁLISIS
			FORMULA	TRIMESTRE 1			TRIMESTRE 2			TRIMESTRE 3			TRIMESTRE 4			
				N°	N°	RESULTADO	N°	N°	RESULTADO	N°	N°	RESULTADO	N°	N°	RESULTADO	
CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	100%	Trimestral	(N° de actividades ejecutadas / N° Actividades programadas) *100	**13**	**13**	**100%**	**12**	**12**	**100%**		**11**	**0%**		**12**	**0%**	
COBERTURA	80%	Trimestral	(N° de expuestos al riesgo que participan en las actividades / N° Total de expuestos) * 100	**21**	**21**	**100%**	**20**	**20**	**100%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
INCIDENCIA	0%	Trimestral	(N° de casos nuevos de desórdenes músculo esqueléticos / promedio de colaboradores en el trimestre) *100	**0**	**21**	**0%**	**0**	**20**	**0%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
PREVALENCIA	7%	Trimestral	(N° de casos nuevos de desórdenes músculo esqueléticos + numero de casos antiguos de desórdenes músculo esqueléticos /N° De personal expuesto al riesgo) *100	**0**	**21**	**0%**	**0**	**20**	**0%**			**#¡DIV/0!**			**#¡DIV/0!**	
AUSENTISMO	7%	Trimestral	(N° de episodios de ausencia en el periodo por desórdenes músculo esqueléticos /N° de días de trabajo programados) *100	**0**	**20**	**0%**	**0**	**20**	**0%**		**20**	**0%**		**20**	**0%**	

CRONOGRAMA																												
FASE	ACTIVIDADES	DIRIGIDAS A	Ene.		Feb.		Mar.		Abr.		May.		Jun.		Jul.		Ago.		Sep.		Oct.		Nov.		Dic.		RESPONSABLE	EVIDENCIA
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E		
1. Fase de evaluación y	Creación y actualización del programa de vigilancia epidemiológica para riesgo biomecánico.	Responsable de SG-SST	1	1																						Responsable del SG-SST	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
	Establecer y definir metas y objetivos de programa.	Responsable de SG-SST	1	1																						Responsable del SG-SST	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
2. Fase de Intervención	Realización de examenes médicos (Ingreso-periódico - retiro)	TODO EL PERSONAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Gerente	Examenes médicos ocupacionales
	Divulgación de resultados de los exámenes medico ocupacionales a los colaboradores.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Responsable del SG-SST	
	Remisión por EPS a colaboradores de acuerdo con el concepto emitido por el médico ocupacional.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		Responsable del SG-SST	Carta de recomendación/correo electrónico
	Encuesta de Morbilidad Sentida.								1	1					1	1											Responsable del SG-SST	Control examenes médicos ocupacionales
	Seguimiento al personal con restricciones, resultado de los examenes médicos ocupacionales.	PERSONAL DIAGNOSTICADO							1	1																	Responsable del SG-SST	Control examenes médicos ocupacionales
3. Fase de Verificación	Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión del programa.	Responsable del SST					1	1					1	1					1						1		Responsable del SG-SST	Indicadores
	Revisión documental al cumplimiento.	Responsable del SST					1	1					1	1					1						1			evidencia registros
	Ajuste al programa de gestión, según revisión.	Responsable del SST																							1			control anual
ACTIVIDADES EJECUTADAS				5		3		5		5		3		5		4		0		0		0		0		0		
ACTIVIDADES PROGRAMADAS			5		3		5		5		3		5		4		3		5		3		3		6			
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO			100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%		0%		0%		0%		0%		0%			

ANEXO 1. G

COMITÉS

GRUPO INARCO S.A.S.

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

PERIODO: 2025-2027

El día 26 de Julio de 2025 en las instalaciones de Grupo Inarco SAS, se reunió el representante legal y sus trabajadores para conformar el Comité de Convivencia Laboral, dando cumplimiento a la resolución 652 de 2012, Resolución 2646 de 2008 y a la Ley 1010 de 2006, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo. El periodo de los miembros del comité es de dos años (2) y el empleador proporcionará los recursos necesarios para el cumplimiento de las funciones de los miembros del comité, así como la capacitación requerida.

La modalidad utilizada para su elección fue: nombramiento por la alta dirección, y de los colaboradores.

Por parte de la alta dirección fueron nombrados:

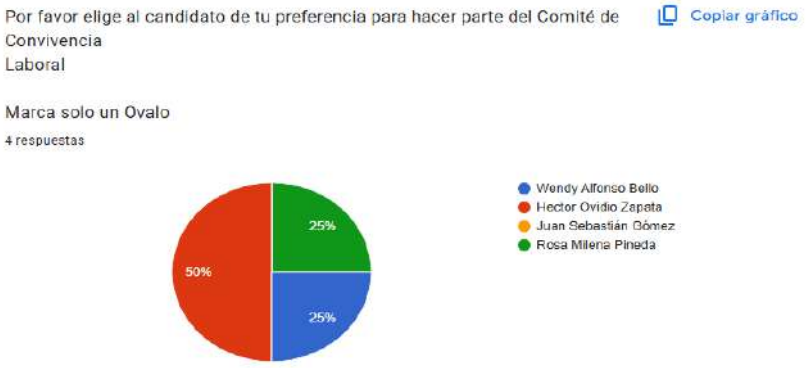
Nombre Completo	Número de documento	Rol	Firma
Wendy Karina Alfonso Bello	1000778181	Principal por parte de la empresa	
Rosa Milena Pineda Aguirre	1030603965	Suplente por parte de la empresa	

Por parte de los trabajadores fueron nombrados:

Nombre Completo	Número de documento	Rol	Firma
Héctor Ovidio Zapata García	80039808	Principal por parte de los trabajadores	
Juan Sebastián Gómez Gil	1022399500	Suplente por parte de los trabajadores	

GRUPO INARCO S.A.S.

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL



Integrado el Comité de convivencia se procedió de acuerdo con la resolución 652 de 2012 a nombrar al presidente y al secretario del mismo, con el objetivo de mantener la coordinación, organización y funcionamiento del comité.

Por votación interna del comité se designa a:

Diana Carolina Celis Mora como presidente del Comité, y a Estefanía Rincón Ramos secretario(a) del mismo.

Nombre y firma del Representante Legal
Mario de Jesús Salazar

Nombre y firma del presidente del comité
Héctor Ovidio Zapata

Nombre y firma del secretario del comité
Wendy Karina Alfonso Bello

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Yo Mario De Jesús Salazar con Cédula de Ciudadanía número 19.499.723 de Bogotá Representante Legal de GRUPO INARCO S.A.S, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 "por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo" designo para el contrato 1041 del 2024 al Juan Sebastián Gómez identificado con Cédula de Ciudadanía número 1.022.399.500 de Bogotá por el término de terminación del contrato; cuyas responsabilidades son:

Responsabilidades de la Resolución 2013 de 1986

1. Proponer actividades que procuren la salud de los contratistas y un ambiente adecuado en los sitios de trabajo.
2. Proponer y participar en las actividades de capacitación en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Colaborar con los funcionarios de los entes gubernamentales en las actividades que ellos adelanten.
4. Vigilar el cumplimiento de las normas, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo que debe realizar la empresa, de acuerdo con el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes. Además, se debe promover su divulgación y observancia.
5. Colaborar con el análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer al contratante las medidas correctivas para su ocurrencia.
6. Visitar, periódicamente, las instalaciones de trabajo e informar al contratista sobre la existencia de factores de riesgo y sugerir medidas correctivas o de control.
7. Estudiar las sugerencias de los contratistas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
8. Servir como organismo de coordinación entre el contratante y los contratistas en la solución de problemas sobre Seguridad y Salud en el Trabajo.
9. Revisar las estadísticas de accidentalidad y enfermedades laborales.
10. Archivar los informes de las actividades que desarrolle en ejercicio de sus funciones y mantenerlos a disposición del contratante, los contratistas y las autoridades competentes.
11. Las demás funciones que le señalen las normas sobre seguridad y salud en el trabajo.

Powered by CamScanner

Responsabilidades del Decreto 1072 de 2015

1. Revisar el plan anual de capacitación propuesto por el administrador del SG-SST (artículo 2.2.4.6.11).
2. Revisar la política y los objetivos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (artículo 2.2.4.6.5).
3. Formular recomendaciones para el mejoramiento del SG-SST (artículo 2.2.4.6.8).
4. Emitir recomendaciones sobre los resultados de las evaluaciones de los ambientes de trabajo a que haya lugar (artículo 2.2.4.6.15).
5. Participar en la identificación de peligros y la evaluación de riesgos que puedan derivarse de cambios en la empresa (artículo 2.2.4.6.26).
6. Participar en la planificación de las auditorías al SG-SST (artículo 2.2.4.6.29).
7. Revisar el documento generado en la revisión por la dirección y supervisar la ejecución de las acciones correctivas, preventivas y de mejora derivados de este (artículo 2.2.4.6.31).
8. Rendir cuentas de su desempeño como mínimo una vez al año (artículo 2.2.4.6.8).

La presente se firma a los 4 días del mes de marzo de 2024.

Firmas:

Mario De Jesús Salazar

Representante Legal

Juan Sebastián Gómez

Vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo

Powered by CamScanner

ANEXO 1. H

PREOPERACIONAL - PERMISOS- ATS Y GESTIÓN SST

GRUPO INARCO S.A.S.	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES	CÓDIGO: ST-FO-10 VERSIÓN: 1

OBJETIVO	META
Establecer frecuencia para realizar inspecciones que permitan identificar riesgos que puedan generar incidentes potencialmente graves con lesiones a los trabajadores, daños a la propiedad e impactos ambientales.	100%

RESPONSABLE(S)	Brigada de Emergencias, COPASST, Inspector, Coordinador de Alturas.	AÑO	2025	RECURSOS	Humanos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	P/E	MES												
			ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	FRECUENCIA
Inspección Botiquín	Brigada de Emergencias	P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Trimestral
		E	1	1	1	1	1	1	1						
Inspección Extintores	Brigada de Emergencias	P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Trimestral
		E	1	1	1	1	1	1	1						
Inspección Señalización	COPASST	P							1			1			Trimestral
		E							1						
Inspección Locativa	COPASST	P							1			1			Trimestral
		E							1						
Inspección Equipos y Herramientas	Inspector	P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Al iniciar actividad
		E	1	1	1	1	1	1	1						
Inspección equipos de trabajo en alturas	Coordinador de Alturas	P					1	1	1	1	1	1	1	1	Al iniciar actividad
		E					1	1	1						
TOTAL INSPECCIONES PROGRAMADAS			3	3	3	3	4	4	4	0	0	0	0	0	
TOTAL INSPECCIONES EJECUTADAS			3	3	3	3	4	4	4	0	0	0	0	0	
% EJECUCIÓN			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#####	#####	#####	#####	#####	

ANÁLISIS DE DATOS				
PERIODO	HALLAZGO/OBSERVACIÓN	PLAN DE ACCIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN	SOPORTES DE CIERRE

GRUPO BLANCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-18 VERSIÓN: 1

PROYECTO	104 de 2024 Matricula	FECHA EMISIÓN	01 06 2025
UBICACIÓN		FECHA VENCIMIENTO	06 06 2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalacion de Pañete		

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD
herramienta menor

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS	NO	CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	Alvaro Lora Zorba
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO	NO	RESPONSABLE DE ATS: Rogelio Rueda
TRABAJOS EN CALIENTE	NO	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	FIRMA RESPONSABLE ATS
TRABAJOS ELÉCTRICOS	NO	OTROS, CUALES?				
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Alvaro Lora Zorba	11896406	Oficial	
Andres Alvarado Para	1031160036	Oficial	
Felix Barrio	1192099849	oficial	
Fernando Aguirre	79771246	oficial	
Edgar Aguirre Plaza	79667411	oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion en el lugar de trabajo	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de pañete	*Caídas a mismo y diferente nivel. * Uso de cemento mezcla en area *Posturas inadecuadas / prolongadas * Golpes o heridas por herramienta *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz. *Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oídos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento alas actividades. Uso de tapabocas para mezcla de cemento Ejecución de charla de msds del cemento *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos no se pueden realizar, detengalos hasta tanto existan controles adecuados

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO EMARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	04 de Febrero 2024	FECHA EMISIÓN	01 06 2023
UBICACIÓN		FECHA VENCIMIENTO	06 06 2023
TRABAJO A REALIZAR:	Instalación de Estructura		
HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD	- Soldadora - Pulidora		

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				PERSONA QUE SOLICITA EL TRABAJO: Alcides Cadavid
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	X	PROTECTORES AUDITIVOS	X	RESPONSABLE DEL ATS: Rosa Milena Ruiz
ESPACIOS CONFINADOS		GUANTES	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		FIRMA RESPONSABLE ATS:
TRABAJOS EN CALIENTE		BOTAS DE SEGURIDAD	X	GAFAS DE SEGURIDAD	X	
TRABAJOS ELÉCTRICOS		OTROS. CUALES?				
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Yuri Juliana Soto Orozco	1010302727	Instalador	
Ivan Dario Tejada Olaya	1037377203	Instalador	
	1037611378	Oficial	
	1192705208		

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca e de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo.	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
2. Señalizacion.	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. * *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
3. Uso de equipo de soldadura para empalme de tubo estructural, uso de troncadora para corte de tubo estructural	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 1.20 mt en adelante *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas mayores (pulidora) *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por maquinaria o equipos * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz	Inspeccion preoperacional de equipo de soldadura Permiso de trabajo en caliente. Inspeccion preoperacional de soldadura *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalizacion del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores (pulidora) *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
4. Armado de andamio Certificado	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 2.50 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas menores martillo *Exposición a material particulado *Caída de objetos. *Exposición a ruido. * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de lu	*Inspeccion preoperacional de herramienta menor, inpeccion preoperacional de andamio *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
5. Instalación de estructura metálica, en techo apertura de clauzos para la instalación.	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 1.20 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas mayores (pulidora-taladro) *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por maquinaria o equipos * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Inspeccion preoperacional de andamios, personal de apoyo en piso *Inspeccion preoperacional de taladro. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores (pulidora taladro) *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
6. Cirdue y aseo.	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra *Espacios reducidos. * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área. *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, detengalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad segun sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	18 de 2024	FECHA EMISIÓN	03 07 2023
UBICACIÓN	Estadio	FECHA VENCIMIENTO	04 2023
TRABAJO A REALIZAR:	instalación de mamp. Ik y estuco		
HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD			
-Andamio			

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP		ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS	CASCO		PROTECTORES AUDITIVOS	Alcaldía Cartagena
ESPACIOS CONFINADOS	GUANTES		PROTECTOR RESPIRATORIO	RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE	BOTAS DE SEGURIDAD		GAFAS DE SEGURIDAD	FIRMA RESPONSABLE ATS
TRABAJOS ELÉCTRICOS	OTROS. CUALES?			
OTRO. CUAL?				

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Andres Alvarado	1037660036	Oficial	
Felix Bello	1123099477	Oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caidas a mismo nivel *Manipulación manual de cargs *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos *Fenómenos naturales *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de insercion, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de proteccion caidas e inspección EPP *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo *Punto recargable de Hidratacion (Bodega). *Palelero para traslado de maquina.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion de areas.	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caida de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. **Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de insercion) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del area *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de estructura.	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Mecanico manipulacion de herramientas menores golpes heridas lesiones * Uso de herramienta taladro, posibles punzamientos o esquirlas proyectadas por taladro *Exposición a material particulado por el corte de la lamina. *Caida de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Electrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz. *Fenomenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de euro lamina de superboard	*Caidas a mismo y diferente nivel *Posturas inadecuadas / prolongadas *Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Mecanico manipulación de herramientas menores golpes heridas lesiones. * Uso de herramienta taladro, posibles punzamientos o esquirlas proyectadas por taladro *Exposicion a material particulado por el corte de la lamina. * Quimico uso de masilla irritacion en la piel y vias respiratorias *Caida de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Electrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz. *Fenomenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos * Uso de epp de acuerdo a la MSDS del producto *Cerramiento y señalizacion del area de trabaja *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
4. Instalación de muralla	*Caidas a mismo y diferente nivel *Posturas inadecuadas / prolongadas *Mecanico manipulación de herramientas menores golpes heridas lesiones *Exposición a material particulado por resanes y lijado de muralla *Caida de objetos *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo.	*Caidas a mismo nivel *Postura prolongada mantenida *Manipulación manual de cargs *Exposicion a material particulado *Publicos por desplazamiento de campamento a frente de obra reducidos *Espacios * Fenomenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de insercion o copa). *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del area *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, detengalas hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulte y revisan de Hojas de seguridad segun sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	Bdj de 2024	FECHA EMISIÓN	07	07	2025
UBICACIÓN	Ocaña zd	FECHA VENCIMIENTO	13	09	2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalacion de Teja				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

Taladro Pidora

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS	SI	CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	Alcaldia local de ocaña
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO	NO	RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE	NO	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	Rosa Melano Ro
TRABAJOS ELÉCTRICOS	SI	OTROS, CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jose Juan	1019036027	Instalador	
Taylor Esteven	1192745208	Instalador	
Juan Diaz G	1032361572	Instalador	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo Traslado de materiales, herramientas, a area de subestación	*Caidas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Espacios reducidos *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caidas e inspección EPP. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega).	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
2. Traslado de teja para la debida instalacion.	*Caidas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea . * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
3. Instalación de teja de pvc	*Caidas a mismo nivel y diferente nivel *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a golpes heridas desgarres *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de la subestación	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Uso de EPCC(Arnes eslinga de restricción) * Inspección de EPCC * Inspeccion de andamio. *Andamio certificado *Procedimiento para instalación de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea . * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
4. Traslado de teja para la debida instalación.	*Caidas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
5. Orden y aseo.	*Caidas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de cargas *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes , tapa oidos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes

Powered by CamScanner

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	1041 de 2024	FECHA EMISIÓN	11	07	2025
UBICACIÓN	Santa helena	FECHA VENCIMIENTO	11	07	2025
TRABAJO A REALIZAR:	Remate de teja				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

- Martillo macheta cuerda

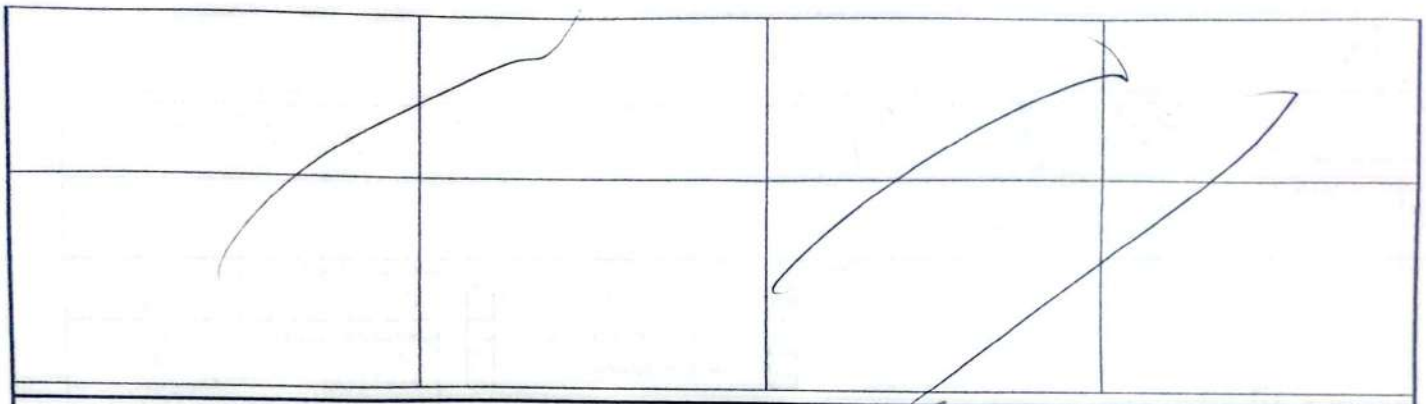
PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	X	PROTECTORES AUDITIVOS		Alcides Machado
ESPACIOS CONFINADOS		GUANTES	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE		BOTAS DE SEGURIDAD	X	GAFAS DE SEGURIDAD	X	
TRABAJOS ELÉCTRICOS	X	OTROS, CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Williamson	91.306-353	Oficial	
William Salinas	79.919.714	contratista	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, a area de subestación	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega).	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
2. Traslado de teja para la debida instalacion.	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea . * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
3. Instalación de teja de pvc	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a golpes heridas desgarres *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de la subestación	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Uso de EPCC(Ames eslinga de restricción) * Inspección de EPCC * inspeccion de andamio. *Andamio certificado *Procedimiento para instalación de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
4. Trastado de teja para la debida instalación.	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
5. Orden y aseo.	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes , tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes

Powered by CamScanner



NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:	Juan Sebastian Gomez G1

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO: 1ad de 2024 — FECHA EMISIÓN: 14 07 2025
UBICACIÓN: Instalación de Superboard modulo — FECHA VENCIMIENTO: 20 07 2025
TRABAJO A REALIZAR: Instalación de Superboard modulo
HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD
Taladro, Soldadura Soldadora.

PERMISO DE TRABAJO

TRABAJO EN ALTURAS	No
ESPACIOS CONFINADOS	No
TRABAJOS EN CALIENTE	No
TRABAJOS ELÉCTRICOS	No
OTRO, CUAL?	

USO EPP

Si	CASCO	Si	PROTECTORES AUDITIVOS
Si	GUANTES	Si	PROTECTOR RESPIRATORIO
Si	BOTAS DE SEGURIDAD	Si	GAFAS DE SEGURIDAD
No	OTROS, CUALES?		

ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO: Avadi Ltda.
RESPONSABLE DEL ATS: Pedro Antonio Pineda
FIRMA RESPONSABLE ATS:

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Andres Felipe Alvarado Daza	1053160036	Oficial	
Cristian David Hernandez	1023926473	Oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caidas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos *Fenómenos naturales *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caidas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega). *Paletero para traslado de maquina.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion de areas	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caida de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. * *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del area *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramentos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de superboard	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Mecanico manipulación de herramientas menores golpes heridas leciones * Uso de herramienta taladro, posibles punzamientos o exquirlas proyectadas por taladro *Exposición a material particulado por uso de pulidora. *Caida de objetos *Electrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz. *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Estar atento a las actividades. *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera. permisos de salida de proyecto	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
4. Instalación de masilla, resanes y lijado	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Mecanico manipulación de herramientas menores golpes heridas leciones * Uso de herramienta taladro, posibles punzamientos o exquirlas proyectadas por taladro *Exposición a material particulado por resanes y lijado de masilla *Caida de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Electrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz. *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego, permisos de salida del proyecto	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo	*Caidas a mismo nivel *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción o copa). *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del area *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, detengalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificacion de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	10 de 2024	FECHA EMISIÓN	11	07	2025
UBICACIÓN	Santa Helena	FECHA VENCIMIENTO	20	07	2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalación de Teja.				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

Pelidora herramienta menor

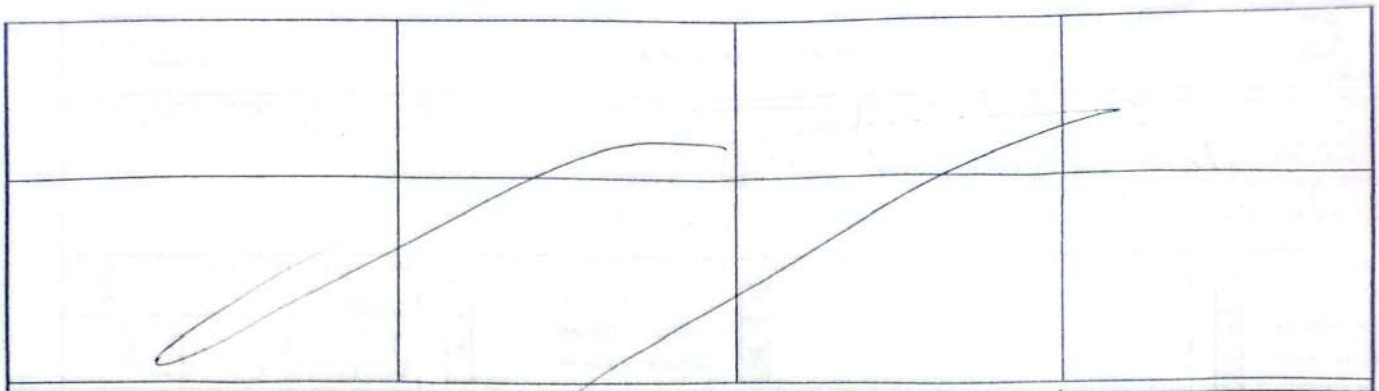
PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS	SI	CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	Arcadia Ladrillera
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO	NO	RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE	NO	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	Rosa Milena Rodriguez
TRABAJOS ELÉCTRICOS	NO	OTROS, CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Evelyn Gonzalez	1192745208	Instalador	
*Ivan Diaz	1032361578	Instalador	Ivan Diaz

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, a area de subestación	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega).	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
2. Traslado de teja para la debida instalacion.	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea . * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
3. Instalación de teja de pvc	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a golpes heridas desgarres *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de la subestación	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Uso de EPCC(Arnes eslinga de restricción) * Inspección de EPCC * inspeccion de andamio. *Andamio certificado *Procedimiento para instalación de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
4. Traslado de teja para la debida instalación.	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
5. Orden y aseo.	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes , tapa oidos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes

Powered by CamScanner



NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:	Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	104 de 2020	FECHA EMISIÓN	15 07 2025
UBICACIÓN	Tintoreria	FECHA VENCIMIENTO	30 09 2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalacion de enchape		

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

-Polidora macho Pulidor

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP		ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	PROTECTORES AUDITIVOS	Alcalde Locales
ESPACIOS CONFINADOS		GUANTES	PROTECTOR RESPIRATORIO	RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE		BOTAS DE SEGURIDAD	GAFAS DE SEGURIDAD	Rosa Milena
TRABAJOS ELÉCTRICOS		OTROS, CUALES?		FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?				

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Felix Bolivia	1192 9949	oficial	
Fernando Aguirre	79 771 246	oficial	
Cristian Hernandez	1023926473	oficial	
Andres Alvarado Rios	1037460036	oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 mint. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega). *Paletero para traslado de maquina.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion en el lugar de trabajo.	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. * *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de enchape en pisos y paredes	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Uso de pulidora para corte *Posturas inadecuadas / prolongadas * Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cebleado de luz.. *Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oídos de copa). * Uso de tapaoidos uso de guarda de seguridad de la pulidora *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del area de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Publicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros o impactos calificados como altos, no se pueden realizar, detengalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO E.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	104 de 2024.	FECHA EMISIÓN	14 07 2025
UBICACIÓN	Santa Helena	FECHA VENCIMIENTO	20 07 2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalación de estructura metalica		

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

- Equipo de soldadora, soldadora

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				AREA QUE SOLICITA EL TRABAJO	Alcaldia local
TRABAJO EN ALTURAS	Si	CASCO	Si	PROTECTORES AUDITIVOS	Si	RESPONSABLE DEL ATS	Rosa Mela Pdb
ESPACIOS CONFINADOS	No	GUANTES	Si	PROTECTOR RESPIRATORIO	No		
TRABAJOS EN CALIENTE	Si	BOTAS DE SEGURIDAD	Si	GAFAS DE SEGURIDAD	Si	FIRMA RESPONSABLE ATS	
TRABAJOS ELÉCTRICOS	No	OTROS, CUALES?					
OTRO, CUAL?							

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jhon Diaz	1032361578	Ingeniero	Jhon Diaz

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caidas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caidas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo.	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
2. Señalizacion.	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caida de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. * *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
3. Uso de equipo de soldadura para empalme de tubo estructural, uso de tronzadora para corte de tubo estructural	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 1.20 mt en adelante *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas mayores (pulidora) *Exposición a material particulado *Caida de objetos *Exposición a ruido por maquinaria o equipos * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz	*Inspeccion preoperacional de equipo de soldadura Permiso de trabajo en caliente. Inspeccion preoperacional de soldadura *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores (pulidora) *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
4. Armado de andamio Certificado	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 2.50 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas menores martillo *Exposición a material particulado *Caida de objetos. *Exposición a ruido. * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de lu	*Inspeccion preoperacional de herramienta menor, inpeccion preoperacional de andamio *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
5. Instalación de estructura metalica, en lecho apertura de cauze para la instalación	*Caidas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 1.20 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas mayores (pulidora-taladro) *Exposición a material particulado *Caida de objetos *Exposición a ruido por maquinaria o equipos * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Inspeccion preoperacional de andamios, personal de apoyo en piso *Inspeccion preoperacional de taladro. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores (pulidora taladro) *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
6. Orden y aseo.	*Caidas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Publicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción o copa). *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del area *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil Juan Gomez GIL.

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	1941 de 2024.	FECHA EMISIÓN	21	07	2025
UBICACIÓN	Zapata Helina	FECHA VENCIMIENTO	27	07	2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalación de pintura y Anticorrosivo				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

Compresor.

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	Alcaldía local Suba
ESPACIOS CONFINADOS		GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO		RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE		BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	Rosa Muñoz
TRABAJOS ELÉCTRICOS		OTROS. CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Esteban Duque	1032364578	Encargado	
Fayber Contreras	7792205208	instalador	
Juan Diaz G	1032364578	instalador.	Juan Diaz

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega).	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion de areas.	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
4. Instalación de anticorrosivo y pintura	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Mecanico manipulación de herramientas menores.golpes heridas leciones. * Uso de pintura irritacion en la piel *Exposición a material particulado por resanes y lijado de masilla *Caida de objetos *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oídos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego, permisos de salida del proyecto	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo.	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil Juan Gomez

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, detengalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad segun sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	Ipiales de 2024	FECHA EMISIÓN	21	07	2023
UBICACIÓN	Secretaría	FECHA VENCIMIENTO	27	07	2023
TRABAJO A REALIZAR:	Instalacion de Pintura				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

- Compresor.

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO	
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	X	PROTECTORES AUDITIVOS	X		Alcaldía Ipiales
ESPACIOS CONFINADOS		GUANTES	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	RESPONSABLE DEL ATS	Rosa Nubia Pasi
TRABAJOS EN CALIENTE		BOTAS DE SEGURIDAD	X	GAFAS DE SEGURIDAD	X	FIRMA RESPONSABLE ATS	
TRABAJOS ELÉCTRICOS		OTROS, CUALES?					
OTRO, CUAL?							

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Edgar Duque	79667411	Oficial	
Elkin Bernal	1193099918	oficial	
Cristian Hernandez	1082397473	oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega).	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion de areas	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frío. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
4. Instalación de anticorrosivo y pintura	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Mecanico manipulación de herramientas menores.golpes heridas leciones. * Uso de pintura irritacion en la piel *Exposición a material particulado por resanes y lijado de masilla. *Caída de objetos *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oídos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego, permisos de salida del proyecto	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
6. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil Juangomez GA

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	10kl de 2029	FECHA EMISIÓN	25	04	2023
UBICACIÓN	Trinitaria Cataluña	FECHA VENCIMIENTO	25	04	2023
TRABAJO A REALIZAR:	Desmontajes de teja				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

maceta martillo

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS	SI	CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	Alcaldía Localidad
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO	NO	RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE	NO	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	Rosa Milena Rad
TRABAJOS ELÉCTRICOS	NO	OTROS, CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
William Obregón	94.306.353	Coordinador OP	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, a area de subestación	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega).	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
2. Desinstalación de teja de asbesto cemento	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a golpes heridas desgarres *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de la subestación	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Uso de EPCC(Arnes eslinga de restricción) * Inspección de EPCC * inspeccion de andamio. *Andamio certificado *Procedimiento para instalación de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea . * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
3. Traslado en cubierta (tejado)	*Caídas a mismo nivel. *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado que se encuentra instalado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
4. Traslado de teja para la debida disposición	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos.) * Estar atento a la tarea a realizar *Procedimiento para instalacion de acometidas *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas *Trabajador electrico en area para verificación de no tencion y aislamiento de la electricidad.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes
5. Uso de herramientas mayores para corte	*Caídas a mismo nivel y diferente nivel *Golpes, heridas, atrapa,miento *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas (pulidora) *Exposición a ruido por equipos en area * Fenómenos naturales (Derrumbes, sismos) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de dielectricos) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inspección de herramientas pulidora * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes

Powered by CamScanner

6 Orden y aseo	*Caidas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes , tapa oidos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero residente Profesional SISOMA Contratista trabajadores Ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarias consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	101 de 2024.	FECHA EMISIÓN	21 07 2025
UBICACIÓN	Envigado	FECHA VENCIMIENTO	27 07 2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalacion de enchape		

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

-Pulidora.. herramienta menor

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO: Arquitectura
TRABAJO EN ALTURAS	NO	CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	RESPONSABLE DEL ATS: Edgar Ignacio Pool
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO	SI	FIRMA RESPONSABLE ATS:
TRABAJOS EN CALIENTE	NO	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	
TRABAJOS ELÉCTRICOS	NO	OTROS, CUALES?				
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Edgar Ignacio Pool	79667411	Oficial	
Fabricio Rivera	79771246	Oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caidas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega). *Paletero para traslado de maquina.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion en el lugar de trabajo.	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de enchape en pisos y paredes	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Uso de pulidora para corte *Posturas inadecuadas / prolongadas * Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz.. *Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). * Uso de tapaoidos uso de guarda de seguridad de la pulidora *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Publicos por desplazamiento de campamento a frente de obra *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de camaza, tapa oidos de inserción o copa). *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Juan Sebastian Gomez Gil

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	101 de contacto 24	FECHA EMISIÓN	28 07 2023
UBICACIÓN		FECHA VENCIMIENTO	02 08 2023
TRABAJO A REALIZAR:	Instalación de masilla		
HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD			

- Cortadora, Llana herramienta menor

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	Si	PROTECTORES AUDITIVOS	Si	Mantenimiento locativo
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	Si	PROTECTOR RESPIRATORIO	Si	RESPONSABLE DEL ATS
TRABAJOS EN CALIENTE	NO	BOTAS DE SEGURIDAD	Si	GAFAS DE SEGURIDAD	Si	Rosa Mora P.C.
TRABAJOS ELÉCTRICOS	NO	OTROS, CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS
OTRO, CUAL?						

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Elkin Berrio Cristian Hernandez	1193299618 1023926473	oficial oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación (Bodega). *Paletero para traslado de maquina.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion de areas	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. * *Fenómenos naturales (lluvias) * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalación de superboard	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Mecanico manipulación de herramientas menores.golpes heridas leciones. * Uso de herramienta taladro, posibles punzamientos o exquirtas proyectadas por taladro *Exposición a material particulado por uso de pulidora. *Caida de objetos *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz.. *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Estar atento a lasn actividades. *Cerramiento y señalizacion del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera. permisos de salida de proyecto	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
4. Instalación de masilla, resanes y lijado	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Golpes o aplastamientos por maquinaria. *Mecanico manipulación de herramientas menores.golpes heridas leciones. * Uso de herramienta taladro, posibles punzamientos o exquirtas proyectadas por taladro *Exposición a material particulado por resanes y lijado de masilla *Caida de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz.. *Fenómenos naturales (sismos, terremotos, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oidos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento a las actividades. *Inspeccion preoperacional de herramientas menores *Uso de tapabocas y lavado de manos *Cerramiento y señalizacion del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego, permisos de salida del proyecto	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción o copa). *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado. *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Plutarco Coronado

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, detengalas hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

CRUPO INARCO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	10di de 2024	FECHA EMISIÓN	26	09	2025
UBICACIÓN	Torre 2 apt 1	FECHA VENCIMIENTO	02	06	2025
TRABAJO A REALIZAR:	Instalacion de Pañete				

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

- Paletas Llana, Mezcladora Mezclas

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO	
TRABAJO EN ALTURAS		CASCO	01	PROTECTORES AUDITIVOS	03	Arquitectura	
ESPACIOS CONFINADOS	02	GUANTES	02	PROTECTOR RESPIRATORIO	04	RESPONSABLE DEL ATS	
TRABAJOS EN CALIENTE	08	BOTAS DE SEGURIDAD	04	GAFAS DE SEGURIDAD		Rosa Nelly Pal	
TRABAJOS ELÉCTRICOS	10	OTROS, CUALES?				FIRMA RESPONSABLE ATS	
OTRO, CUAL?							

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Julio Bermudez	1192089449	Oficial	
Cristian Hernandez	1023926477	Oficial	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caídas e inspección EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación .	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
2. Señalizacion en el lugar de trabajo	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación (Bodega)	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
3. Instalacion de pañete	*Caídas a mismo y diferente nivel. * Uso de cemento mezcla en area *Posturas inadecuadas / prolongadas * Golpes o heridas por herramienta *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por pulidora *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz. *Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvia) * Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes, tapa oídos de copa). *Extintor en area, inspeccion de extintores, estar atento alas actividades. Uso de tapabocas para mezcla de cemento Ejecución de charla de msds del cemento *Cerramiento y señalización del área de trabajo *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Inspeccion preopearcional de herramientas mayores y menores * Ayudante de seguridad en el área para actividades *Mantenerse y asegurar a los demas estan por fuera de la linea de fuego.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes
5. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oídos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Director de obra maestro Arquitecta residente oficiales ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Plutarco Coronado

⚠ Recuerde! Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad según sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	CÓDIGO: ST-FO-19 VERSIÓN: 1

PROYECTO	10 al de 2024	FECHA EMISIÓN	28 07 2023
UBICACIÓN	Santa Helena	FECHA VENCIMIENTO	02 08 2024
TRABAJO A REALIZAR:	Instalación Estructura metalica		

HERRAMIENTAS, MAQUINARIA Y EQUIPOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

PERMISO DE TRABAJO		USO EPP				ÁREA QUE SOLICITA EL TRABAJO	
TRABAJO EN ALTURAS	SI	CASCO	SI	PROTECTORES AUDITIVOS	SI		Alcaldía Local Suba
ESPACIOS CONFINADOS	NO	GUANTES	SI	PROTECTOR RESPIRATORIO	NO	RESPONSABLE DEL ATS	Paz Milena Pinto
TRABAJOS EN CALIENTE	SI	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	GAFAS DE SEGURIDAD	SI	FIRMA RESPONSABLE ATS	
TRABAJOS ELÉCTRICOS	NO	OTROS. CUALES?					
OTRO, CUAL?							

PERSONAL QUE REALIZA EL TRABAJO

NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Taylor Camacho Julio	4492265208	Soldador	
Edgar Ivan Diaz C	1032364578	Instalador	

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO ESPECIFICO	PELIGRO	* CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE
1. Inspección de herramienta, maquinaria y área de trabajo. Traslado de materiales, herramientas, insumos a frente de obra	*Caídas a mismo nivel *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Atracos, robos a mano armada (blanca o de fuego por desplazamiento de campamento a frente de obra. *Espacios reducidos. *Fenómenos naturales. *El no distanciamiento del personal, presencia de animales o roedores.	*Elaboración y divulgación de ATS y permiso de trabajo. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción, tapabocas) *Inspección preoperacional de maquinaria, herramientas, equipos de protección caidas e inspeccion EPP. *Charlas de SST y prevención del covid-19 5 min. *Señalización de áreas de trabajo. *Punto recargable de Hidratación	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
2. Señalizacion.	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Explosión a temperaturas extremas calor o frio. *No distanciamiento del personal o presencia de animales o roedores. * *Fenómenos naturales (lluvias). * Atracos, robos a mano armada (blanca, fuego), por desplazamiento de campamento a frente de obra.	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área. *Normas de autocuidado * Mantenimiento de cerramientos *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. *Punto recargable de Hidratación	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
3. Uso de equipo de soldadura para empalme de tubo estructural, uso de tronzadora para corte de tubo estructural	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 1.20 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas mayores (pulidora) *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por maquinaria o equipos * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz	Inspeccion preoperacional de equipo de soldadura Permiso de trabajo en caliente. Inspeccion preoperacional de soldadura *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores (pulidora) *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
4. Armado de andamio Certificado	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 2.50 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas menores martillo *Exposición a material particulado *Caída de objetos. *Exposición a ruido. * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado de luz	*Inspeccion preoperacional de herramienta menor. inpeccion preoperacional de andamio *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
5. Instalación de estructura metalica, en techo apertura de clavos para la instalacion	*Caídas a mismo y diferente nivel. *Trabajo en alturas 1.20 mt en adelante. *Posturas inadecuadas / prolongadas *Manipulación de herramientas mayores (pulidora-taladro) *Exposición a material particulado *Caída de objetos *Exposición a ruido por maquinaria o equipos * Fenómenos naturales (Derrumbes, lluvias) *Eléctrico (alta y baja tensión) Contacto con cableado	*Inspeccion preoperacional de andamios, personal de apoyo en piso *Inspeccion preoperacional de taladro. *Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas. * Inpeccion preoperacional de epp * Inspeccion preoperacional de herramientas mayores y menores (pulidora taladro) *Estar atento a la tarea * Uso de epp dielectricos -guantes casco y gafas	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes
6. Orden y aseo	*Caídas a mismo nivel. *Postura (prolongada mantenida) *Manipulación manual de carga *Exposición a material particulado *Públicos por desplazamiento de campamento a frente de obra *Espacios reducidos * Fenómenos naturales	*Uso de EPP (Botas de seguridad, Casco, gafas, guantes de carnaza, tapa oidos de inserción o copa) *Uso de tapabocas y lavado de manos *Señalización del área *Normas de autocuidado *No uso de anillos, ni cadenas, manillas.	Ingeniero Civil Profesional SST oficial Ayudantes

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO: Plutarco Coronado

⚠ **Recuerde!** Las actividades con peligros e impactos calificados como altos, no se pueden realizar, deténgalos hasta tanto existan controles adecuados.

Controles propuestos: (Seleccione los controles que considere necesarios consignando EL NUMERO correspondiente en la casilla de controles propuestos)

1- Uso de elementos de protección personal	5- Uso de herramienta adecuada con la labor realizada	9- Supervisión permanente
2- Desenergizar equipos	6- Cumplimiento de normas de seguridad	10- Consulta y revisión de Hojas de seguridad segun sustancia
3- Aseguramiento de estructuras (andamios, escaleras, etc.)	7- Aislamiento de área de trabajo	11- Se requiere utilizar kit para emergencias ambientales
4- Uso de equipo para trabajo en alturas	8- Higiene postural y manejo adecuado de cargas	12- Sistema de clasificación de residuos

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	25/07/25	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	25/07/2025	HORA FINAL	17:00
OBRA/PROYECTO	1041 de 2024	UBICACIÓN	Cataluña	ALTURA - METROS:	4 metros		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:	HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR:
Desbotalación de teja de Asbesto	Cuerda y Martillo

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

SI CASCO CON BARBUQUEJO	SI PROTECCIÓN AUDITIVA	SI ARNÉS	SI LÍNEA DE VIDA	OTROS
SI GAFAS DE SEGURIDAD	SI BOTAS DE SEGURIDAD	NO ESLINGA CON ABSORBEDOR	NO PUNTO DE ANCLAJE	
SI GUANTES	OVEROL	SI ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	SI ARRESTADOR DE CAÍDAS	
SI PROTECTOR RESPIRATORIO,		SI MOSQUETONES	NO TIE OFF	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	VERIFICACIÓN DE PUNTO DE ANCLAJE EPA	CARGO	FIRMA
Wilfrido Alfredo	19.997M		contratista	
Wilmar Ortega	94306353		oficial	

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES													8:30								
FECHAS AUTORIZADAS													25/07/25								
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?													✓								
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?														✓							
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?													✓								
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?													✓								
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR													✓								
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?													✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?														✓							
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?													✓								
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?														✓							
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)													✓								
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?													✓								
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?													✓								
¿SON REQUERIDAS LÍNEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?													✓								
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERÍMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAÍDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?														✓							
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS													✓								
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS														✓							
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?														✓							
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?													✓								
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?														✓							
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?														✓							
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE														✓							
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?													✓								
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?														✓							

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	
¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO ?	✓
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ: ARNÉS CON SENTADERO?	✓
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTÁNEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:

VALIDACIÓN DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
William Alfredo Arias Bustos							

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Juan Sebastian Gomez Gil							
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
William Alfredo Arias Bustos							
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Milena Pinzon							
AYUDANTE DE SEGURIDAD	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Plutarco Ecorcha do							
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES					17:00		

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

FECHA	HORA	TRABAJADOR	COORDINADOR DE ALTURAS

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	22/07/2025	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	12/07/2025	HORA FINAL	17:00
OBRA/PROYECTO	1041 de 2024	UBICACIÓN	- Santa elena	ALTURA - METROS:	6 metros		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:	HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR:
Desmonte de Teja	- martillo maceta Cuarda Pulidora

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

[X] CASCO CON BARBUQUEJO	[X] PROTECCIÓN AUDITIVA	[X] ARNÉS	[X] LÍNEA DE VIDA	OTROS
[X] GAFAS DE SEGURIDAD	[X] BOTAS DE SEGURIDAD	[ ] ESLINGA CON ABSORBEDOR	[ ] PUNTO DE ANCLAJE	
[X] GUANTES	[ ] OVEROL	[X] ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	[X] ARRESTADOR DE CAÍDAS	
[X] PROTECTOR RESPIRATORIO,		[ ] MOSQUETONES	[ ] TIE OFF	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	VERIFICACIÓN DE PUNTO DE ANCLAJE LOTO	CARGO	FIRMA
- Nelson Ortega M	- 94306353		- Oficial	-
- William Alfonso	- 79919714		- contratista	-

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES													8:30								
FECHAS AUTORIZADAS													11/07/25								
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?													✓								
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?													✓								
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?													✓								
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?													✓								
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR													✓								
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?													✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?													✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?													✓								
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?													✓								
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)													✓								
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?													✓								
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?													✓								
¿SON REQUERIDAS LÍNEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?													✓								
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERÍMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAÍDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?													✓								
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS													✓								
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS															✓						
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?															✓						
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?													✓								
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?													✓								
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?													✓								
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE															✓						
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?													✓								
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?															✓						

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-25 VERSIÓN:1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	
¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO ?	✓
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ · ARNÉS CON SENTADERO?	✓
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTÁNEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:

VALIDACIÓN DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Willia Ortegon	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Williams Alfonso Pinto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Juan Sebastian Gomez G	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Rosa Milena Pinto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Rosa Milena Pinto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AYUDANTE DE SEGURIDAD	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Willia Ortegon	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES					17:00		

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

FECHA	HORA	TRABAJADOR	COORDINADOR DE ALTURAS

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	21/07/2025	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	27/07/2025	HORA FINAL	17:00
OBRA/PROYECTO	1041-2024	UBICACIÓN	Santa Elena	ALTURA - METROS:	6 mts		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: - Instalación de Teja x Pintura

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR: - taladro - Soldadora

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

SI CASCO CON BARBUQUEJO	SI PROTECCIÓN AUDITIVA	SI ARNÉS	SI LÍNEA DE VIDA	OTROS
SI GAFAS DE SEGURIDAD	SI BOTAS DE SEGURIDAD	SI ESLINGA CON ABSORBEDOR	SI PUNTO DE ANCLAJE	
SI GUANTES	OVEROL	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	SI ARRESTADOR DE CAÍDAS	
SI PROTECTOR RESPIRATORIO,		MOSQUETONES	TIE OFF	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	VERIFICACIÓN DE PUNTO DE ANCLAJE/ARNÉS	CARGO	FIRMA
Iván Díaz Guzmán	1032361572		Instalador	

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES	8:30			8:30			8:30			8:30			8:06								
FECHAS AUTORIZADAS	21/07/25			22/07/25			23/07/25			24/07/25			26/07/25								
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SON REQUERIDAS LINEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERIMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAÍDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS.		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?	✓			✓			✓			✓			✓								
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE		✓			✓			✓			✓			✓								
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?																					

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-25 VERSIÓN:1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS							
¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓	✓	✓		
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO ?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ: ARNÉS CON SENTADERO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTÁNEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓	✓	✓	✓	✓		

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:

VALIDACIÓN DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Ivan Dario Gomez	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D		

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Juan Sebastian Gomez G.							
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Camilo Jimenez							
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Rosa Milena Pinda							
AYUDANTE DE SEGURIDAD	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Taylor Cuervo Arias							
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00		

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

FECHA	HORA	TRABAJADOR	COORDINADOR DE ALTURAS

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	28 07 25	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	02 08 2025	HORA FINAL	19:00
OBRA/PROYECTO	Modelo de 2024	UBICACIÓN	Cartagena	ALTURA - METROS:	3 metros		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: - Instalación de Estructura Metálica

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR: - Equipo de Soldadura, Soldador

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

5 CASCO CON BARBUQUEJO	5 PROTECCIÓN AUDITIVA	5 ARNÉS	5 LÍNEA DE VIDA	OTROS
2 GAFAS DE SEGURIDAD	5 BOTAS DE SEGURIDAD	10 ESLINGA CON ABSORBEDOR	PUNTO DE ANCLAJE	
5 GUANTES	OVEROL	5 ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	5 ARRESTADOR DE CAÍDAS	
5 PROTECTOR RESPIRATORIO,		NO MOSQUETONES	TIE OFF	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Ivan Diaz Gorman	1003264578	Instalador	Ivan Diaz

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES	8:30			8:30			8:30			8:30			8:30								
FECHAS AUTORIZADAS	28/07/25			29/07/25			30/07/25			31/07/25			01/08/25								
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SON REQUERIDAS LÍNEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERÍMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAÍDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS.		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?		✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?	✓			✓			✓			✓			✓								
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE		✓			✓			✓			✓			✓								
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓								

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓	✓	✓		
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ. ARNÉS CON SENTADERO?	✓	✓	✓	✓	✓		
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTÁNEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓	✓	✓	✓	✓		

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:

VALIDACIÓN DIARIA							
NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Ivan Diaz Guzman	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D		
plutarco coronado	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]		
NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
plutarco coronado	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]		
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Milena Prd	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]		
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Milena Prd	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]		
AYUDANTE DE SEGURIDAD	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Taylor Carcuesdolino Carbuzo	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]		
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00		

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
FECHA	**HORA**	**TRABAJADOR**	**COORDINADOR DE ALTURAS**

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	14/07/2025	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	20/09/2025	HORA FINAL	4:00
OBRA/PROYECTO	104 de 2024	UBICACIÓN	Santa helena	ALTURA - METROS:	6 metros		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: Instalación de estructura metálica

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR: · Soldadora · Pulidora

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

SI CASCO CON BARBUQUEJO	SI PROTECCIÓN AUDITIVA	SI ARNÉS	SI LÍNEA DE VIDA	OTROS
SI GAFAS DE SEGURIDAD	SI BOTAS DE SEGURIDAD	NO ESLINGA CON ABSORBEDOR	SI PUNTO DE ANCLAJE	
SI GUANTES	SI OVEROL	SI ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	SI ARRESTADOR DE CAÍDAS	
SI PROTECTOR RESPIRATORIO.		SI MOSQUETONES	NO TIE OFF	

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	NUMERO ACTA DE PUNTO DE ANCLAJE	CARGO	FIRMA
Ethan Diaz Guzman	1032641358		Instalador	Ethan Diaz

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES	8:30			8:30			8:30			8:30			8:30			8:30					
FECHAS AUTORIZADAS	14/07/25			15/07/25			16/07/25			17/07/25			18/07/25			19/07/25					
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SON REQUERIDAS LÍNEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERÍMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAIDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS.		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE		✓			✓			✓			✓			✓			✓				
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-25 VERSIÓN:1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO ?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ : ARNÉS CON SENTADERO?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTANEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:

VALIDACIÓN DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Ivan Diaz Guzman	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D	Ivan D	

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Juan sebastian Gomez G.	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Molano Pinede	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Molano Pde	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	
AYUDANTE DE SEGURIDAD	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Teyler Gabriel Cano Salcedo	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:06	

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

FECHA	HORA	TRABAJADOR	COORDINADOR DE ALTURAS

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	01/04/25	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	06/09/2025	HORA FINAL	16:30
OBRA/PROYECTO	1041 de 2024	UBICACIÓN	Costa azul	ALTURA - METROS:	6 metros		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: Instalación de estructura Metalica

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR: equipo de soldadura, Polichorro

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

- [x] CASCO CON BARBUQUEJO
- [x] GAFAS DE SEGURIDAD
- [x] GUANTES
- [x] PROTECTOR RESPIRATORIO,
- [x] PROTECCIÓN AUDITIVA
- [x] BOTAS DE SEGURIDAD
- [x] OVEROL
- [x] ARNÉS
- [x] ESLINGA CON ABSORBEDOR
- [x] ESLINGA DE POSICIONAMIENTO
- [x] MOSQUETONES
- [x] LÍNEA DE VIDA
- [x] PUNTO DE ANCLAJE
- [x] ARRESTADOR DE CAÍDAS
- [x] TIE OFF

OTROS

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	VERIFICACIÓN DE PUNTO DE ANCLAJE (SI/NO)	CARGO	FIRMA
Jose Jaime Gonzalez	1019072007		Instalador	
Carlo Jimenez B.	1032887383		Ayudante	
Ivan Dica	1032364548		Instalador	Ivan Dica

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES				8:30			8:30			8:30											
FECHAS AUTORIZADAS				01/04/25			02/07/25			03/07/25											
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?				✓			✓			✓											
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?				✓			✓			✓											
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?				✓			✓			✓											
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?				✓			✓			✓											
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR				✓			✓			✓											
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?				✓			✓			✓											
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?					✓			✓			✓										
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?				✓			✓			✓											
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?					✓			✓			✓										
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)				✓			✓			✓											
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?				✓			✓			✓											
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?				✓			✓			✓											
¿SON REQUERIDAS LÍNEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?					✓			✓			✓										
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERÍMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAÍDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?				✓			✓			✓											
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS						✓			✓			✓									
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS						✓			✓			✓									
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?					✓			✓			✓										
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?				✓			✓			✓											
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?				✓			✓			✓											
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?				✓			✓			✓											
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE					✓			✓			✓										
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?				✓			✓			✓											
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?					✓			✓			✓										

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	
¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓ ✓ ✓
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓ ✓ ✓
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓ ✓ ✓
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓ ✓ ✓
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓ ✓ ✓
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓ ✓ ✓
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO ?	✓ ✓ ✓
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓ ✓ ✓
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓ ✓ ✓
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓ ✓ ✓
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ: ARNÉS CON SENTADERO?	✓ ✓ ✓
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTÁNEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓ ✓ ✓

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:
- Verificar que el area de trabajo este sin Agua ya que se encuentran soldando y hay cables en area.

VALIDACIÓN DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Jose Jaime Gonzalez		Jaime	Jaime	Jaime			
Ivan Diaz		Ivan	Ivan	Ivan			

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Juan Sebastian Gomez G.							
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Rosa Maria Pinzon							
AYUDANTE DE SEGURIDAD	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Ivan Diaz		Ivan Diaz	Ivan Diaz	Ivan Diaz			
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES		17:00	17:00	17:00			

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

FECHA	HORA	TRABAJADOR	COORDINADOR DE ALTURAS

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO: ST-FO-25 VERSIÓN: 1

DETALLES DEL PERMISO

FECHA DE EXPEDICIÓN:	04 07 25	HORA INICIO	8:30	VALIDO HASTA:	13 07 2025	HORA FINAL	15:30
OBRA/PROYECTO	10 de 2024	UBICACIÓN	Costa azul	ALTURA - METROS:	6 metros		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:
- Instalacion de Pintura

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR:
- Compresor

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

- [5] CASCO CON BARBUQUEJO
- [5] GAFAS DE SEGURIDAD
- [5] GUANTES
- [5] PROTECTOR RESPIRATORIO.
- [5] PROTECCIÓN AUDITIVA
- [5] BOTAS DE SEGURIDAD
- [ ] OVEROL
- [5] ARNÉS
- [ ] ESLINGA CON ABSORBEDOR
- [5] ESLINGA DE POSICIONAMIENTO
- [ ] MOSQUETONES
- [5] LÍNEA DE VIDA
- [ ] PUNTO DE ANCLAJE
- [5] ARRESTADOR DE CAÍDAS
- [ ] TIE OFF

OTROS

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	VERIFICACIÓN DE PUNTO DE ANCLAJE	CARGO	FIRMA
Jose Jaime [illegible]	1040 [illegible]		Instalador	[signature]
Ivan Diaz	1032364578		Instalador	[signature]

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

HORARIO INICIO DE ACTIVIDADES	8:30			8:30		
FECHAS AUTORIZADAS	07/07/25			08/07/25		
ÍTEM	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿CUENTAN LOS TRABAJADORES QUE REALIZAN LA ACTIVIDAD CON SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE Y DE ACUERDO AL NIVEL DE RIESGO DEL TRABAJO A REALIZAR?	✓			✓		
¿SE ANEXA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TAREA, POR PARTE DEL EJECUTOR DE ESTE FORMATO?	✓			✓		
¿EL TRABAJADOR CONOCE A CABALIDAD EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EL PLAN DE RESCATE EN ALTURAS?	✓			✓		
EL TRABAJADOR CUENTA CON LA EXPERIENCIA Y TIENE VIGENTE EL CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS?	✓			✓		
EL PERSONAL DECLARA QUE CUENTA CON BUENA DISPOSICIÓN ANÍMICA-MENTAL-FÍSICA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR	✓			✓		
¿SE CUENTA CON EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS?	✓			✓		
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS PUNTOS DE ANCLAJE?		✓			✓	
¿SE ENCUENTRAN CERTIFICADOS LOS SISTEMAS DE ACCESO POR UN ENTE COMPETENTE (ESCALERAS, ANDAMIOS, ENTRE OTROS)?	✓			✓		
¿SE REALIZARAN TRABAJOS CON SUSPENSIÓN?		✓			✓	
¿SE CUENTA CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS? (ARNÉS, ESLINGA, LÍNEAS DE VIDA, ENTRE OTROS)	✓			✓		
¿SE HAN ESTABLECIDO MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN O DE CONTROL, CON EL OBJETO DE EVITAR TANTO CAÍDAS DESDE ALTURAS ASÍ COMO LESIONES POR CAÍDA DE OBJETOS?	✓			✓		
¿HA SIDO DELIMITADA LA ZONA DE TRABAJO DE TAL MANERA QUE SE PREVENGA EL ACERCAMIENTO DEL TRABAJADOR A ESTA?	✓			✓		
¿SON REQUERIDAS LÍNEAS DE ADVERTENCIA PARA DEMARCAR UN ÁREA EN LA QUE SE PUEDA TRABAJAR SIN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN?		✓			✓	
¿SE ENCUENTRA DEMARCADO EL PERÍMETRO DE TRABAJO MEDIANTE SEÑALIZACIÓN EL QUE INCLUYA AVISOS GRÁFICOS O INFORMATIVOS SOBRE EL PELIGRO DE CAÍDA DE OBJETOS Y/O PERSONAS?	✓			✓		
¿SE REQUIEREN MEDIDAS DE PREVENCIÓN TALES COMO BARANDAS, LAS CUALES SEAN FIJAS O TEMPORALES Y LAS BARANDAS CUENTAN CON RODAPIÉS	✓			✓		
¿SI SE REQUIEREN BARANDAS FIJAS, SE ENCUENTRAN ESTAS DEBIDAMENTE ANCLADAS A LA ESTRUCTURA PROPIA DE TRABAJO EN ALTURAS? LAS BARANDAS NO SERÁN USADAS COMO PUNTOS DE ANCLAJE PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS NI PARA IZAR CARGAS	✓			✓		
¿SE HAN IDENTIFICADO CABLES, SISTEMAS ELÉCTRICOS, POSIBLE CAÍDA DE OBJETOS O PARTES EN MOVIMIENTO PRÓXIMOS A LA ESTRUCTURA A INTERVENIR EN TRABAJO EN ALTURAS?		✓			✓	
¿SE CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CON UN TRABAJADOR ASIGNADO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO (AYUDANTE DE SEGURIDAD) CON EL FIN DE ADVERTIR Y CONTROLAR RIESGOS QUE SE IDENTIFIQUEN EN EL SITIO DE TRABAJO?	✓			✓		
¿HAY EVIDENCIA DE CONDICIONES PELIGROSAS QUE PUEDAN AFECTAR AL TRABAJADOR DE UNA CAÍDA EN EL LUGAR DE TRABAJO?	✓			✓		
¿HAN SIDO INSPECCIONADOS LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMO ANUALMENTE POR EL FABRICANTE O UNA PERSONA O ENTIDAD CALIFICADA Y COMPETENTE?		✓			✓	
LA ESLINGA DEL ARNÉS TIENE SISTEMA DE ABSORCIÓN DE CHOQUE		✓			✓	
¿EXISTE DENTRO DEL PLAN DE EMERGENCIAS UN PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y RESCATE EN ALTURAS CON RECURSOS Y PERSONAL ENTRENADO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 26 DE LA RESOLUCIÓN 4272 DE 2021?	✓			✓		
¿SE CUENTA EN SITIO CON EL KIT DE RESCATE EN ALTURAS?		✓			✓	

Powered by CamScanner

GRUPO TRARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-25 VERSIÓN:1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

¿LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y SON DIELÉCTRICOS (SEGÚN SEA EL CASO) Y HERRAMIENTAS ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓	✓																			
¿LA ZONA DE TRABAJO ESTA ORDENADA Y SEÑALIZADA PARA NO PERMITIR EL PASO DE PERSONAS, VEHÍCULOS O EQUIPOS?	✓	✓																			
¿LA CUERDA ESTA LIBRE DE UNIONES Y ES DE USO EXCLUSIVO PARA ALTURAS?	✓	✓																			
¿LAS ESCALERAS CUMPLEN CON LA NORMA Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO	✓	✓																			
¿EL EQUIPO ESTA PROTEGIDO DE ARISTAS O PUNTOS DE ROZAMIENTO Y DE ALTAS TEMPERATURAS?	✓	✓																			
¿EL EQUIPO FUE INSPECCIONADO COMPLETAMENTE ANTES DE USARLO Y ES APTO PARA EL USO?	✓	✓																			
¿SE INSTRUYO AL PERSONAL (CHARLA DE SEGURIDAD DE 5 MINUTOS) SOBRE LAS CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO?	✓	✓																			
¿SE VERIFICARON LOS RIESGOS QUE PRESENTA EL ÁREA DONDE SE VA A LABORAR EN ALTURAS?	✓	✓																			
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE VERIFICAR EL TRABAJO CONOCEN LOS EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA REALIZAR EL TRABAJO EN ALTURAS?	✓	✓																			
¿LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJECUTAR LA LABOR HAN RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓	✓																			
¿PARA TRABAJOS EN SUSPENSIÓN SE CUENTA CON LOS EQUIPOS ADECUADOS, EJ: ARNÉS CON SENTADERO?	✓	✓																			
¿SE REALIZARAN TRABAJOS SIMULTÁNEOS EN LA MISMA ÁREA?	✓	✓																			

OBSERVACIONES AL ABRIR EL PERMISO:

VALIDACIÓN DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Jose Jaime Gonzalez	Jaime	Jaime					
Ivan Diaz Guzman	Ivan	Ivan					

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Juan Sebastian Gomez G.	[firma]	[firma]					
RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Molina Pala	[firma]	[firma]					
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Rosa Molina Pala	[firma]	[firma]					
AYUDANTE DE SEGURIDAD	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
Ivan Diaz Guzman	Ivan	Ivan					
HORA FINALIZACIÓN ACTIVIDADES	17:00	17:00					

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

FECHA	HORA	TRABAJADOR	COORDINADOR DE ALTURAS

OBSERVACIONES ADICIONALES AL CERRAR EL PERMISO:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	CÓDIGO:ST-FO-33 VERSIÓN:1

Proyecto	Fecha y hora de inicio de la actividad	Fecha y hora fin de la actividad
1011 de 2024	14 07 2025 8:30	14 07 2025 17:00

Observaciones:

Nombres y Apellidos de los trabajadores autorizados	Numero de documento	Cargo	Firma
Ivan Diaz Guzman	1032364578	instalador	Ivan Diaz

Descripción General de los trabajos a desarrollar: Instalación de estructura y Pintura

Herramientas o equipos a utilizar: Equipo de Soelda

El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar:					SI	X	NO	
Aislar con cinta de peligro el área de la zona de trabajo	SI X	NO	N/A	Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar	Si X		NO	N/A

Elementos de protección personal, teniendo en cuenta los riesgos y requerimientos propios de la tarea:
Botas de seguridad, casco, tapabocas, guantes, gafas de seguridad y protección respiratoria

Otros Elementos de Protección personal(¿Cuales?)

LISTA DE CHEQUEO

ITEM	Si	No	N/A	ITEM	Si	No	N/A
Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	✓			Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	✓		
El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea?	✓			El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	✓		
Se cuenta con listas de verificación preoperacional?	✓			El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	✓		
Se encuentra disponible el equipo contra incendios?	✓			Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	✓		
Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	✓			Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	✓		
Se cuenta con barreras de protección?	✓						

Nombre y Cedula Responsable SST	Firma
Rosa Meneses	

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	CÓDIGO:ST-FO-33 VERSIÓN:1

Proyecto	Fecha y hora de inicio de la actividad	Fecha y hora fin de la actividad
1041 de 2024	28 07 2025 8:30	02 08 2025 17:00

Observaciones:

Nombres y Apellidos de los trabajadores autorizados	Numero de documento	Cargo	Firma
Iván Dal Gozman	1032364578	Instalador	Iván Dal Gozman

Descripción General de los trabajos a desarrollar: Soldadura de estructura.

Herramientas o equipos a utilizar: Equipo de Soldadora

El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar:			SI	X	NO			
Aislar con cinta de peligro el área de la zona de trabajo	SI X	NO	N/A	Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar		Si X	NO	N/A

Elementos de protección personal, teniendo en cuenta los riesgos y requerimientos propios de la tarea:
Botas de seguridad, casco, tapabocas, guantes, gafas de seguridad y protección respiratoria

Otros Elementos de Protección personal(¿Cuales?)

LISTA DE CHEQUEO

ITEM	Si	No	N/A	ITEM	Si	No	N/A
Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	✓			Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	✓		
El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea?	✓			El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	✓		
Se cuenta con listas de verificación preoperacional?	✓			El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	✓		
Se encuentra disponible el equipo contra incendios?	✓			Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	✓		
Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	✓			Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	✓		
Se cuenta con barreras de protección?	✓						

Nombre y Cedula Responsable SST	Firma
Rosa	

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	CÓDIGO:ST-FO-33 VERSIÓN:1

Proyecto	Fecha y hora de inicio de la actividad	Fecha y hora fin de la actividad
p 01 de 2024	01 08 2025 8:30	05 08 2025 17:00

Observaciones: Verificar que el area se encuentre libre de agua por el soldador

Nombres y Apellidos de los trabajadores autorizados	Numero de documento	Cargo	Firma
Ivan Diaz	1032364578	instalador	Ivan Diaz

Descripción General de los trabajos a desarrollar: Instalación de estructura con soldadura y corte con Pulidora

Herramientas o equipos a utilizar: Soldador, Pulidora

El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar:	SI	X	NO	

Aislar con cinta de peligro el área de la zona de trabajo	SI X	NO	N/A	Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar	Si	NO	N/A

Elementos de protección personal, teniendo en cuenta los riesgos y requerimientos propios de la tarea:
Botas de seguridad, casco, tapabocas, guantes, gafas de seguridad y protección respiratoria

Otros Elementos de Protección personal(¿Cuales?)

LISTA DE CHEQUEO

ITEM	Si	No	N/A	ITEM	Si	No	N/A
Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	X			Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	X		
El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea?	X			El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	X		
Se cuenta con listas de verificación preoperacional?	X			El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	X		
Se encuentra disponible el equipo contra incendios?	X			Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	X		
Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	X			Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	X		
Se cuenta con barreras de protección?	X						

Nombre y Cedula Responsable SST	Firma
Rosa Nubia Pulido	

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	CÓDIGO:ST-FO-33 VERSIÓN:1

Proyecto	Fecha y hora de inicio de la actividad	Fecha y hora fin de la actividad
Idl de 2025	07 07 2025 8:30	13 07 2025 17:00

Observaciones:

Nombres y Apellidos de los trabajadores autorizados	Numero de documento	Cargo	Firma
JOSE JAIME [illegible]	1019073027	Instalador	Jaime
Ivan Diaz Guzman	1032364578	Instalador	Ivan

Descripción General de los trabajos a desarrollar: Corte con Polidora

Herramientas o equipos a utilizar: Polidora

El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores fueron notificados del trabajo a realizar: SI X NO

Aislar con cinta de peligro el área de la zona de trabajo SI X NO N/A — Se ubicó la señalización pertinente al trabajo a realizar Si X NO N/A

Elementos de protección personal, teniendo en cuenta los riesgos y requerimientos propios de la tarea:
Botas de seguridad, casco, tapabocas, guantes, gafas de seguridad y protección respiratoria

Otros Elementos de Protección personal(¿Cuales?)

LISTA DE CHEQUEO

ITEM	Si	No	N/A	ITEM	Si	No	N/A
Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	X			Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	X		
El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea?	X			El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	X		
Se cuenta con listas de verificación preoperacional?	X			El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	X		
Se encuentra disponible el equipo contra incendios?	X			Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	X		
Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	X			Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	X		
Se cuenta con barreras de protección?	X						

Nombre y Cedula Responsable SST	Firma
Rosa Helena Pde	

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

TEMA:		PREOPERACIONAL DE PULIDORA 5 Kg 720W 9000
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN: Rosa Ayda Ochoa
MES:	Julio	

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

DÍA / NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Estado del interruptor de encendido y su seguro				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Estado del accesorio portadiscos				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√			√	√	√	√
Estado del mango				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Estado del cuerpo				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Estado accesorio RPM (8500 - 15000)				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Estado general de la guía y la guarda				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Condiciones de orden y aseo				√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

TEMA:		PREOPERACIONAL DE PULIDORA UNE 559 - 53
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN: Rosa Helena Pineda
MES:	Julio	

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado del interruptor de encendido y su seguro	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado del accesorio portadiscos	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado del mango	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado del cuerpo	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado accesorio RPM (8500 - 15000)	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado general de la guía y la guarda	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Condiciones de orden y aseo	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

EQUIPO O HERRAMIENTA		COMPRESOR	
MARCA	INARC	SERIE Y/O REFERENCIA	210 100GG
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN:	
MES:	Julio		

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Niveles de aceite de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
El equipo esta libre de fugas de aceite del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado de rodamientos de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado del eje del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Alineación entre motor y polea del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Base de anclaje y tornillos del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Válvulas de alivio, succión y descarga de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Tuberías accesorios - conexiones de válvulas y mangueras	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
No existen fisuras y roturas	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Voltaje - alimentación - amperaje - torque	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Cableados - contactores, térmicos y breakers de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Tubería conducción cableado de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite y polvo)	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

EQUIPO O HERRAMIENTA		COMPRESOR	
MARCA	Wiac	SERIE Y/O REFERENCIA	270 10099
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN:	
MES:	Julio		

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Niveles de aceite de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
El equipo esta libre de fugas de aceite del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado de rodamientos de compresor	X	X	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado del eje del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Alineación entre motor y polea del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Base de anclaje y tornillos del compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Válvulas de alivio, succión y descarga de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Tuberías accesorios - conexiones de válvulas y mangueras	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
No existen fisuras y roturas	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Voltaje - alimentación - amperaje - torque	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Cableados - contactores, térmicos y breakers de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Tubería conducción cableado de compresor	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite y polvo)	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

EQUIPO O HERRAMIENTA		TROZADORA dewalt -255
MARCA	dewalt	SERIE Y/O REFERENCIA -255
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN: Rosa Nelly Ruiz
MES:	julio	

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE / DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Estado de conexiones eléctricas	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Estado de instalación del disco (fijo)	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Acoples adecuados para los accesorios	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Estado e instalación del mango (sin fisuras, gritas, fijo)	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Estado de interruptor de encendido y su seguro (funciona adecuadamente)	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Estado de la guarda (sin fisuras, grietas)	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Estado de la sierra (borde, fisuras)	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√
Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo)	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	√	\	√	√	√	√	√	\		√	√	√	√	√	√	\		√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

TEMA:		PREOPERACIONAL DE TALADRO GBH 2-26 DFR
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN: Rosa Maria Tuta
MES:	Julio.	

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del interruptor de encendido y su seguro				√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del mango				√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del cuerpo				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del cable de alimentación				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado de las brocas				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado general taladro (fisuras, ruptura, etc.)				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Condiciones de orden y aseo				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Uso de EPPS adecuados para la labor				√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

TEMA:		PREOPERACIONAL DE TALADRO GBH 2-26 DFR
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN: Rosa Maria Tola
MES:	JULIO.	

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del interruptor de encendido y su seguro				√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√		√	√
Cuenta con acoples adecuados para los accesorios				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del mango				√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del cuerpo				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado del cable de alimentación				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado de las brocas				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Estado general taladro (fisuras, ruptura, etc.)				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Condiciones de orden y aseo				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Uso de EPPS adecuados para la labor				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

TEMA:	HERRAMIENTAS MANUALES	
AÑO: 2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN:	Paola Milena Pineda Aguirre
MES: Julio.		

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Hombre solo	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√		√	√		√	√		√	√	√		√	√	√	√
Escuadras	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
Llaves mixtas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Cortatubo	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
Llaves para tubo	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
Llaves expansivas y alemanas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√		√	√		√	√		√	√	√		√	√	√	√
Alicates	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Masetas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Martillos	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Limas	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
Niveles	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	X
Espátulas	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
Punteros	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Desatornilladores	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Pistolas para pintura	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Metros	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Picas	N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
Palas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Barras	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Palustres	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Seguetas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Prensas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√
Limpieza general de las herramientas	√	√	√	√			√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN PRE USO EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	CÓDIGO: ST-FO-20 VERSIÓN: 1

TEMA:		PREOPERACIONAL DE ESCALERAS
AÑO:	2025	NOMBRE Y CARGO DE QUIÉN REALIZA LA INSPECCIÓN: Rosa Mila
MES:	Julio	

Inspeccione, marque y verifique: "X "si está en mal estado, "√" si está en buen estado

NOMBRE \ DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Largueros (en buen estado)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√			√	√	√
Unión de peldaños y largueros	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Zapatas antideslizantes	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√			√	√	√
Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Identificación legible en la escalera	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Brazos de unión anti-apertura (aplica para escaleras tipo tijera)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Ganchos trabapeldaños (aplica en tijeras extensibles)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
Guías externas para unión de largueros (aplica a tijeras extensibles)	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-32
VERSIÓN:1

OBRA/PROYECTO	1041 de 2021 Santa Helena		
FECHA DE INICIO:	14/07/2025	FECHA FIN:	20/07/2025
SERIE DEL EQUIPO	346	MARCA: Inarfe / REFERENCIA: 32461	FECHA DE FABRICACION: Junio 2023

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ARNÉS	ETIQUETA	COMPLETA Y LEGIBLE	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
	CINTAS/CORREAS	PRESENTA AGUJEROS O HUECOS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		ESTAN DESHILACHADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SE ENCUENTRAN DESGASTADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA TORCION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA QUEMADURAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SALPICADURA DEPINTURA Y RIGIDEZ DE LA MISMA		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SUSTANCIAS QUIMICAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	COSTURAS	COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		REVENTADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		PRESENTAN OXIDO O CORROSION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA DEFORMACIONES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA FISURAS, GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO		Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno						

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-32 VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
MOSQUETÓN	PARTES METÁLICAS	PRESENTA CORROSION U OXIDO	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		DEFORMACIONES, BORDES CORTANTES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		FISURAS, GOLPES, HUNDIMIENTOS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		DESGASTE DE RECUBRIMIENTO		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		CUENTA CON DOBLE SEGURO	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		SISTEMA DE CIERRE AUTOMATICO GIRATORIO	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno					

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
FRENO ARRESTADOR	PARTES METÁLICAS	PRESENTA OXIDO O CORROSION		✓			✓			✓			✓			✓		✓						
		PRESENTA DEFORMACION O HUNDIMIENTOS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		FISURAS, GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		BLOQUEOS FUNCIONALES	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno					

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO	372124060097	MARCA	LinkTech	REFERENCIA	LT 372	FECHA DE FABRICACION:	Adriana

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ESLINGA	ETIQUETA	COMLPETA Y LEGIBLE	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
	ABSORBEDOR	PRESENTA HOYOS O DESGARRES			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		COSTURAS SUELTAS O REVENTADAS			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		PRESENTA DETERIORO			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		PRESENTA SUCIEDAD			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		PRESENTA QUEMADURA			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		SALPICADURA DE PINTURAS Y RIGIDEZ DE LA MISMA			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		OTROS																						
	CINTAS / CORREAS	SE ENCUENTRA DESHILACHADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA DESGASTE		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESEMTA TORSION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA QUEMADURAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		PRESENTA OXIDO O CORROSION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA DEFORMACIONES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		FPRESENTA FISURAS O GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno					

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

OBRA/PROYECTO	1041 de 2021 Santa Helena
FECHA DE INICIO:	14/07/2025
FECHA FIN:	20/07/2025
SERIE DEL EQUIPO	5932
MARCA	EP comercial
REFERENCIA	EP 1201
FECHA DE FABRICACION:	07/2024

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ARNÉS	ETIQUETA	COMPLETA Y LEGIBLE	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
	CINTAS/CORREAS	PRESENTA AGUJEROS O HUECOS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		ESTAN DESHILACHADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SE ENCUENTRAN DESGASTADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA TORCION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		PRESENTA QUEMADURAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SALPICADURA DEPINTURA Y RIGIDEZ DE LA MISMA		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SUSTANCIAS QUIMICAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	COSTURAS	COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		REVENTADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		PRESENTAN OXIDO O CORROSION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA DEFORMACIONES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA FISURAS, GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO		Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno						

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-02 VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA									FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
MOSQUETÓN	PARTES METÁLICAS	PRESENTA CORROSION U OXIDO		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		DEFORMACIONES, BORDES CORTANTES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		FISURAS, GOLPES, HUNDIMIENTOS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		DESGASTE DE RECUBRIMIENTO		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		CUENTA CON DOBLE SEGURO		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		SISTEMA DE CIERRE AUTOMATICO GIRATORIO		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno					

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA									FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
FRENO AMORTIGUADOR	PARTES METÁLICAS	PRESENTA OXIDO O CORROSION	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		PRESENTA DEFORMACION O HUNDIMIENTOS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		FISURAS, GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		BLOQUEOS FUNCIONALES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno					

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-02
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO	372024050038	MARCA	Iron tech	REFERENCIA	G 37R	FECHA DE FABRICACION:	No tiene

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ESLINGA	ETIQUETA	COMLPETA Y LEGIBLE	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
	ABSORBEDOR	PRESENTA HOYOS O DESGARRES			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		COSTURAS SUELTAS O REVENTADAS			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		PRESENTA DETERIORO			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		PRESENTA SUCIEDAD			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		PRESENTA QUEMADURA			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		SALPICADURA DE PINTURAS Y RIGIDEZ DE LA MISMA			✓			✓			✓			✓			✓			✓				
		OTROS																						
	CINTAS / CORREAS	SE ENCUENTRA DESHILACHADAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA DESGASTE		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA SUCIEDAD		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESEMTA TORSION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA QUEMADURAS		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
		PRESENTA OXIDO O CORROSION		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		PRESENTA DEFORMACIONES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		FPRESENTA FISURAS O GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno				

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-32
VERSIÓN:1

OBRA/PROYECTO	1041 de 2024. Santa helena		
FECHA DE INICIO:	11/07/2025	FECHA FIN:	11/07/2025
SERIE DEL EQUIPO	346	MARCA: Ingeta / REFERENCIA: B2461	FECHA DE FABRICACION: Junio 2023

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES SI	LUNES NO	LUNES N/A	MARTES SI	MARTES NO	MARTES N/A	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	MIERCOLES N/A	JUEVES SI	JUEVES NO	JUEVES N/A	VIERNES SI	VIERNES NO	VIERNES N/A	SABADO SI	SABADO NO	SABADO N/A	DOMINGO SI	DOMINGO NO	DOMINGO N/A	OBSERVACIONES
ARNÉS	ETIQUETA	COMPLETA Y LEGIBLE														✓								
	CINTAS/CORREAS	PRESENTA AGUJEROS O HUECOS															✓							
		ESTAN DESHILACHADAS															✓							
		SE ENCUENTRAN DESGASTADAS															✓							
		PRESENTA TORCION															✓							
		PRESENTA SUCIEDAD															✓							
		PRESENTA QUEMADURAS															✓							
		SALPICADURA DEPINTURA Y RIGIDEZ DE LA MISMA															✓							
		SUSTANCIAS QUIMICAS															✓							
		OTROS																						
	COSTURAS	COMPLETAS														✓								
		REVENTADAS															✓							
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS														✓								
		PRESENTAN OXIDO O CORROSION															✓							
		PRESENTA DEFORMACIONES															✓							
		PRESENTA FISURAS, GOLPES															✓							
		OTROS															✓							
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO															Bueno								

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
MOSQUETÓN	PARTES METÁLICAS	PRESENTA CORROSION U OXIDO														✓								
		DEFORMACIONES, BORDES CORTANTES														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA												✓	✓									
		FISURAS, GOLPES, HUNDIMIENTOS														✓								
		DESGASTE DE RECUBRIMIENTO														✓								
		CUENTA CON DOBLE SEGURO														✓								
		SISTEMA DE CIERRE AUTOMATICO GIRATORIO														✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO															Bueno								

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
FRENO ARRESTADOR	PARTES METÁLICAS	PRESENTA OXIDO O CORROSION														✓								
		PRESENTA DEFORMACION O HUNDIMIENTOS														✓								
		FISURAS, GOLPES														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA														✓								
		BLOQUEOS FUNCIONALES														✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO															Bueno								

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO	37212406009 7	MARCA	linkTech	REFERENCIA	GT37R	FECHA DE FABRICACION:	Noviembre

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ESLINGA	ETIQUETA	COMLPETA Y LEGIBLE													✓									
	ABSORBEDOR	PRESENTA HOYOS O DESGARRES															✓							
		COSTURAS SUELTAS O REVENTADAS															✓							
		PRESENTA DETERIORO															✓							
		PRESENTA SUCIEDAD															✓							
		PRESENTA QUEMADURA															✓							
		SALPICADURA DE PINTURAS Y RIGIDEZ DE LA MISMA															✓							
		OTROS																						
	CINTAS / CORREAS	SE ENCUENTRA DESHILACHADAS														✓								
		PRESENTA DESGASTE														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD														✓								
		PRESENTA TORSION														✓								
		PRESENTA QUEMADURAS														✓								
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS													✓									
		PRESENTA OXIDO O CORROSION														✓								
		PRESENTA DEFORMACIONES														✓								
		FPRESENTA FISURAS O GOLPES														✓								
		OTROS														✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO														Bue									

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-32
VERSIÓN:1

OBRA/PROYECTO	1041 de 2024 Santa Helena		
FECHA DE INICIO:	11/07/2025	FECHA FIN:	11/07/2025

SERIE DEL EQUIPO	5721229	MARCA	First	REFERENCIA	176239	FECHA DE FABRICACION:	23/05

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ARNÉS	ETIQUETA	COMPLETA Y LEGIBLE													✓									
	CINTAS/CORREAS	PRESENTA AGUJEROS O HUECOS														✓								
		ESTAN DESHILACHADAS														✓								
		SE ENCUENTRAN DESGASTADAS														✓								
		PRESENTA TORCION														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD													✓									
		PRESENTA QUEMADURAS														✓								
		SALPICADURA DEPINTURA Y RIGIDEZ DE LA MISMA														✓								
		SUSTANCIAS QUIMICAS														✓								
		OTROS																						
	COSTURAS	COMPLETAS													✓									
		REVENTADAS														✓								
		OTROS														✓								
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS													✓									
		PRESENTAN OXIDO O CORROSION														✓								
		PRESENTA DEFORMACIONES														✓								
		PRESENTA FISURAS, GOLPES														✓								
		OTROS														✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO														Bueno									

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:ST-FO-02 VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
MOSQUETÓN	PARTES METÁLICAS	PRESENTA CORROSION U OXIDO														✓								
		DEFORMACIONES, BORDES CORTANTES														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA													✓									
		FISURAS, GOLPES, HUNDIMIENTOS														✓								
		DESGASTE DE RECUBRIMIENTO														✓								
		CUENTA CON DOBLE SEGURO														✓								
		SISTEMA DE CIERRE AUTOMATICO GIRATORIO														✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO															Bueno								

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
FRENO ARRESTADOR	PARTES METÁLICAS	PRESENTA OXIDO O CORROSION													✓									
		PRESENTA DEFORMACION O HUNDIMIENTOS													✓									
		FISURAS, GOLPES														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA														✓								
		BLOQUEOS FUNCIONALES														✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO															Bueno								

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO	37202050039S	MARCA	lintech	REFERENCIA	CT37R	FECHA DE FABRICACION:	

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ESLINGA	ETIQUETA	COMLPETA Y LEGIBLE													✓									
	ABSORVEDOR	PRESENTA HOYOS O DESGARRES															✓							
		COSTURAS SUELTAS O REVENTADAS															✓							
		PRESENTA DETERIORO															✓							
		PRESENTA SUCIEDAD															✓							
		PRESENTA QUEMADURA															✓							
		SALPICADURA DE PINTURAS Y RIGIDEZ DE LA MISMA															✓							
		OTROS																						
	CINTAS / CORREAS	SE ENCUENTRA DESHILACHADAS														✓								
		PRESENTA DESGASTE														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD														✓								
		PRESEMTA TORSION														✓								
		PRESENTA QUEMADURAS														✓								
		OTROS													✓									
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS													✓									
		PRESENTA OXIDO O CORROSION														✓								
		PRESENTA DEFORMACIONES														✓								
		FPRESENTA FISURAS O GOLPES														✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO														Bueno									

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-32
VERSIÓN:1

OBRA/PROYECTO	1041 de 2024. Cataluña		
FECHA DE INICIO:	25/07/2025	FECHA FIN:	25/07/2025.
SERIE DEL EQUIPO	346	MARCA: Inarc	REFERENCIA: 32461
FECHA DE FABRICACION:	Junio 2023		

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES SI	LUNES NO	LUNES N/A	MARTES SI	MARTES NO	MARTES N/A	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	MIERCOLES N/A	JUEVES SI	JUEVES NO	JUEVES N/A	VIERNES SI	VIERNES NO	VIERNES N/A	SABADO SI	SABADO NO	SABADO N/A	DOMINGO SI	DOMINGO NO	DOMINGO N/A	OBSERVACIONES
ARNÉS	ETIQUETA	COMPLETA Y LEGIBLE													✓									
	CINTAS/CORREAS	PRESENTA AGUJEROS O HUECOS														✓								
		ESTAN DESHILACHADAS														✓								
		SE ENCUENTRAN DESGASTADAS														✓								
		PRESENTA TORCION														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD														✓								
		PRESENTA QUEMADURAS														✓								
		SALPICADURA DEPINTURA Y RIGIDEZ DE LA MISMA														✓								
		SUSTANCIAS QUIMICAS														✓								
		OTROS																						
	COSTURAS	COMPLETAS													✓									
		REVENTADAS														✓								
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS													✓									
		PRESENTAN OXIDO O CORROSION														✓								
		PRESENTA DEFORMACIONES														✓								
		PRESENTA FISURAS, GOLPES														✓								
		OTROS														✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO														Bueno									

Powered by CamScanner

GRUPO MARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA									FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
MOSQUETÓN	PARTES METÁLICAS	PRESENTA CORROSION U OXIDO		✓			✓									✓								
		DEFORMACIONES, BORDES CORTANTES		✓			✓									✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA	✓			✓									✓									
		FISURAS, GOLPES, HUNDIMIENTOS		✓			✓									✓								
		DESGASTE DE RECUBRIMIENTO		✓			✓									✓								
		CUENTA CON DOBLE SEGURO		✓			✓									✓								
		SISTEMA DE CIERRE AUTOMATICO GIRATORIO		✓			✓									✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno									Bueno								

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA									FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
FRENO ARRESTADOR	PARTES METÁLICAS	PRESENTA OXIDO O CORROSION														✓								
		PRESENTA DEFORMACION O HUNDIMIENTOS														✓								
		FISURAS, GOLPES														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA														✓								
		BLOQUEOS FUNCIONALES														✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO															Bueno								

Powered by CamScanner

GRUPO IMARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-02
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO	372124060097	MARCA	linkTech	REFERENCIA	LT37R	FECHA DE FABRICACION:	Nov-22

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ESLINGA	ETIQUETA	COMLPETA Y LEGIBLE													✓			✓						
	ABSORBEDOR	PRESENTA HOYOS O DESGARRES															✓							
		COSTURAS SUELTAS O REVENTADAS															✓							
		PRESENTA DETERIORO															✓							
		PRESENTA SUCIEDAD															✓							
		PRESENTA QUEMADURA															✓							
		SALPICADURA DE PINTURAS Y RIGIDEZ DE LA MISMA															✓							
		OTROS																						
	CINTAS / CORREAS	SE ENCUENTRA DESHILACHADAS														✓								
		PRESENTA DESGASTE														✓								
		PRESENTA SUCIEDAD														✓								
		PRESEMTA TORSION														✓								
		PRESENTA QUEMADURAS														✓								
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS																						
		PRESENTA OXIDO O CORROSION													✓									
		PRESENTA DEFORMACIONES														✓								
		FPRESENTA FISURAS O GOLPES														✓								
		OTROS														✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO														Bueno									

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-32
VERSIÓN:1

OBRA/PROYECTO			1041 del 2020 - Santa Helena			
FECHA DE INICIO:			21/07/2025	FECHA FIN:	27/07/2025	
SERIE DEL EQUIPO		5932	MARCA	BF Comercial	REFERENCIA	EP1204	FECHA DE FABRICACION:	07/2024

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ARNÉS	ETIQUETA	COMPLETA Y LEGIBLE	✓			✓			✓			✓			✓									
	CINTAS/CORREAS	PRESENTA AGUJEROS O HUECOS		✓			✓			✓			✓			✓								
		ESTAN DESHILACHADAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		SE ENCUENTRAN DESGASTADAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA TORCION		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA SUCIEDAD	✓			✓			✓			✓			✓									
		PRESENTA QUEMADURAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		SALPICADURA DEPINTURA Y RIGIDEZ DE LA MISMA		✓			✓			✓			✓			✓								
		SUSTANCIAS QUIMICAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		OTROS																						
	COSTURAS	COMPLETAS		✓			✓		✓	✓		✓			✓									
		REVENTADAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		OTROS	✓			✓				✓			✓			✓								
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓									
		PRESENTAN OXIDO O CORROSION	✓			✓				✓			✓			✓								
		PRESENTA DEFORMACIONES		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA FISURAS, GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO		Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno									

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-32
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
MOSQUETÓN	PARTES METÁLICAS	PRESENTA CORROSION U OXIDO		✓			✓			✓			✓			✓								
		DEFORMACIONES, BORDES CORTANTES		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA	✓			✓			✓			✓			✓									
		FISURAS, GOLPES, HUNDIMIENTOS		✓			✓			✓			✓			✓								
		DESGASTE DE RECUBRIMIENTO		✓			✓			✓			✓			✓								
		CUENTA CON DOBLE SEGURO		✓			✓			✓			✓			✓								
		SISTEMA DE CIERRE AUTOMATICO GIRATORIO		✓			✓			✓			✓			✓								
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno								

SERIE DEL EQUIPO			MARCA						REFERENCIA						FECHA DE FABRICACION:						
EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
FRENO ARRESTADOR	PARTES METÁLICAS	PRESENTA OXIDO O CORROSION	✓			✓			✓			✓				✓								
		PRESENTA DEFORMACION O HUNDIMIENTOS	✓			✓			✓			✓				✓								
		FISURAS, GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA SUCIEDAD O ALGUNA SUSTANCIA QUIMICA		✓			✓			✓			✓			✓								
		BLOQUEOS FUNCIONALES		✓			✓			✓			✓			✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno								

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO:ST-FO-62
VERSIÓN:1

SERIE DEL EQUIPO	372024050038	MARCA	link tech	REFERENCIA	G372	FECHA DE FABRICACION:	No trae

EQUIPO	PARTES	ASPECTOS A INSPECCIONAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
ESLINGA	ETIQUETA	COMLPETA Y LEGIBLE	✓			✓			✓			✓			✓									
	ABSORBEDOR	PRESENTA HOYOS O DESGARRES			✓			✓			✓			✓			✓							
		COSTURAS SUELTAS O REVENTADAS			✓			✓			✓			✓			✓							
		PRESENTA DETERIORO			✓			✓			✓			✓			✓							
		PRESENTA SUCIEDAD			✓			✓			✓			✓			✓							
		PRESENTA QUEMADURA			✓			✓			✓			✓			✓							
		SALPICADURA DE PINTURAS Y RIGIDEZ DE LA MISMA			✓			✓			✓			✓			✓							
		OTROS																						
	CINTAS / CORREAS	SE ENCUENTRA DESHILACHADAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA DESGASTE		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA SUCIEDAD		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESEMTA TORSION		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA QUEMADURAS		✓			✓			✓			✓			✓								
		OTROS																						
	PARTES METÁLICAS	SE ENCUENTRAN COMPLETAS	✓			✓			✓			✓			✓									
		PRESENTA OXIDO O CORROSION		✓			✓			✓			✓			✓								
		PRESENTA DEFORMACIONES		✓			✓			✓			✓			✓								
		FPRESENTA FISURAS O GOLPES		✓			✓			✓			✓			✓								
		OTROS																						
	ESTADO GENERAL: BUENO / MALO		Bueno			Bueno			Bueno			Bueno			Bueno									

Powered by CamScanner

ANEXO 1. I

EQUIPOS DE EMERGENCIA.

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN	CÓDIGO:ST-FO-05 VERSIÓN: 1

INSPECCIONADO POR:	Rosa Milena Pineda Aguirre	**FECHA:**	29 /07/2025
RESPONSABLE DEL BOTIQUIN:	Rosa Milena Pineda	**LUGAR:**	Oficina principal

CANTIDAD	ELEMENTO	FECHA DE VENCIMIENTO	FALTANTES	OBSERVACIONES
20	Baja lenguas	No tiene	0	Buen estado
100	Algodon Curativo	14/04/2026	0	Buen estado
3	Gasa estéril	09/10/2028	0	Buen estado
2	Venda algodon 3x5	04/2029	0	Buen estado
1	Esparadrapo 4x5	27/01/2029	0	Buen estado
20	Aposito	Nov-2026	0	Buen estado
140	Curitas Aplicadas	10/2026	0	Buen estado
1	Esparadrapo 1x3	05/2029	0	Buen estado
1	Isodine	08/05/2026	0	Buen estado
1	Venda elastica 3x5	10/2028	0	Buen estado
1	Venda elastica 2x5	10/2028	0	Buen estado
100	Guantes latex	07/2025	0	Buen estado
2	Solucion Salina	No tiene	0	Buen estado
3	Jeringa desechable 10ml	19/08/2029	0	Buen estado

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.	INSPECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE EXTINTORES	CÓDIGO: ST-FO-03 VERSIÓN: 1

Fecha de Inspección: 24 / 07 / 2025 **Realizado por:** [illegible]

Nº	TIPO	CAPACIDAD	UBICACIÓN	FECHA CARGA	FECHA RECARGA	CUERPO O CILINDRO	MANOMETRO	MANIJA DESCARGA	PIN DE SEGURIDAD	MANGUERA O BOQUILLA	CERTIFICADO	OBSERVACIO
1	Multiproposito	10 libras	Oficina Inventario	Noviembre 2024	Noviembre 2025	B	B	B	B	B	B	Ninguna
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

INTERPRETACION: Colocar una **" B " BUEN ESTADO; " F " FISURADO; " O " OBSTRUIDO; " SP " SIN PIN DE SEG.; " NA " (NO APLICA).**

Todos los extintores deberán ser inspeccionados **trimestralmente**, como requisito mínimo, salvo existan circunstancias que requieran de intervalos mas frecuentes.

Revisar el cuerpo del cilindro, que no tenga abolladuras, oxido u otro tipo de deterioro visible.

Sacar todo elemento que este sobre el extintor, o cualquier otro que no permita su visibilidad.

Revisar la accesibilidad y posición apropiada del extintor.

Revisar la condición de las etiquetas y la fecha de la ultima recarga o inspección.

Inspecciones las mangueras y uniones, no deben estar deterioradas picadas o sueltas.

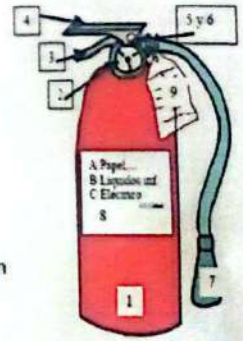
Revise las manijas de descarga y acarreo.

Revise que el pasador se encuentre en buen estado, no halla sido accionado o retirado.

Revise el pin de seguridad para asegurar que no hayan sido violados.

Verificar los manómetros que se encuentren en buen estado y en su rango de operación.

1. Cuerpo o cilindro
2. Manometro
3. Palanca
4. Maneta o asa fija
5. Precinto
6. Pasador
7. Manga y boquilla
8. Tipo extintor
9. Certificado de revision



Powered by CamScanner

ANEXO 1. J

HOJA DE VIDA DE HERRAMIENTAS.

GRUPO INARCO S.A.S.	**HOJA DE VIDA PARA EQUIPOS, MAQUINAS Y HERRAMIENTAS**	**CÓDIGO: ST-FO-29** **VERSIÓN: 1**

NOMBRE EQUIPO, MAQUINA Y/O HERRAMIENTA	**ESMERIL ANGULAR**
No DE SERIE O REFERENCIA	**NC820AG115**
MARCA	**BAUKER**
MODELO	**2024**
DESCRIPCION	**Frecuencia: 60 Hz.** **Voltaje: 220V.** **Apto para un disco de 115 mm de diámetro.** **Alcanza una profundidad de corte de 11.43 cm.** **Trae interruptor gatillo paleta.** **Su potencia es de 820 W.** **Velocidad máxima de rotación de 11000 rpm.** **Tiene botón de bloqueo de disco.** **El largo del cable es de 2 m.** **Pesa 2.4 kg.** **Protector de disco incorporado.** **Incluye: manual.**
NOMBRE DE PROVEEDOR	**BAUKER**



REGISTRO DE MANTENIMIENTOS

FECHA DE REALIZACIÓN						**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD**	**NOMBRE SOPORTE TECNICO Y/O**	**FIRMA**	**OBSERVACION**
MANTENIMIENTO PREVENTIVO			**MANTENIMIENTO CORRECTIVO**						
DD	**MM**	**AA**	**DD**	**MM**	**AA**				
1	8	25				Esmeril Angular Bauker 820w Nc820ag115 NUEVO INGRESO A OBRA SALONES COMUNALES COSTAZUL TY CATALUÑA			Esmeril en buenas condiciones de limpieza

BauKer®

Por cualquier reclamo o desperfecto diríjase a la tienda Sodimac donde adquirió el producto junto con su comprobante de compra,nuestro servicio de post venta lo asistirá con gusto.

ARGENTINA
Teléfono de contacto (CALL CENTER):
0810-77(SODIMAC) (7634622) 4959-0000
Visítenos: www.sodimac.com.ar

CHILE
Servicio Técnico Tejo & Cía. Ltda.
Casa Matriz;
Coquimbo 1150 - Santiago Centro.
Fonos: 26991709, 26968950, 26968941
Mail: soporte@tejoycia.cl
Visítenos: www.sodimac.cl

COLOMBIA
Desde Bogotá fono: 30 77 115
Línea Nacional Gratuita: 01 8000 115 150
Mail: servicioalcliente@homecenter.com.co
Visítenos: www.homecenter.com.co

PERÚ
Teléfono de contacto (CALL CENTER):
(511) 419-2000
Visítenos: www.sodimac.com.pe

URUGUAY
Teléfono de contacto: 2484-5087

BRASIL
Teléfono de contacto: 55-11-2065-2500

Para quaisquer consultas ou reclamações,dirija-se à loja Sodimac onde adquiriu o produto,munido do comprovante de compra; nosso Serviço de Pós vendas o atenderá com prozer.

ARGENTINA
Teléfono de contacto (CALL CENTER):
0810-77(SODIMAC) (7634622) 4959-0000
Visítenos: www.sodimac.com.ar

CHILE
Servicio Técnico Tejo & Cía. Ltda.
Casa Matriz;
Coquimbo 1150 - Santiago Centro.
Fonos: 26991709, 26968950, 26968941
Mail: soporte@tejoycia.cl
Visítenos: www.sodimac.cl

COLÔMBIA
Desde Bogotá fono: 30 77 115
Línea Nacional Gratuita: 01 8000 115 150
Mail: servicioalcliente@homecenter.com.co
Visítenos: www.homecenter.com.co

PERU
Teléfono de contacto (CALL CENTER):
(511) 419-2000
Visítenos: www.sodimac.com.pe

URUGUAY
Teléfono de contacto: 2484-5087

BRASIL
Teléfono de contacto: 55-11-2065-2500

BauKer®

MANUAL DE USO / MANUAL DE UTILIZAÇÃO

ESMERIL ANGULAR / ESMERILHADEIRA ANGULAR

MODELO AG115E



ADVERTENCIA-Para reducir el riesgo de lesión, el usuario debe leer este manual de instrucciones.

ATENÇÃO - Para reduzir o risco de acidentes, o usuário deve ler este manual de instruções.

ESPAÑOL / PORTUGUÊS

3 AÑOS /ANOS GARANTÍA/ GARANTIA

YEAR WARRANTY

BauKer®

ESPAÑOL

Descripción técnica

Esmeril Angular

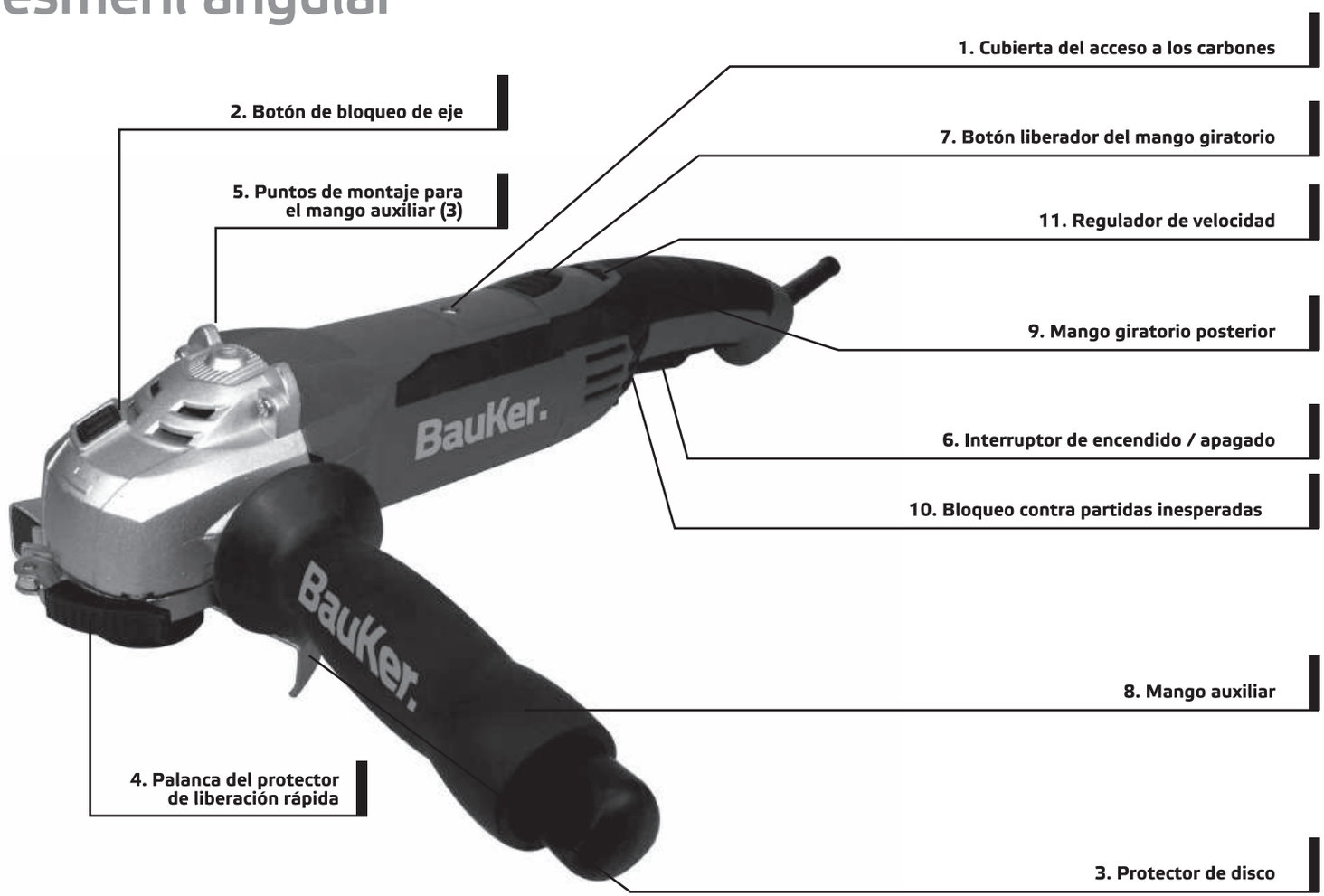
Potencia nominal:	1010W
Ruido:	100 dB
Velocidad sin carga:	4000 - 11000 rpm
Diámetro máximo del disco:	115mm (4 ½")
Eje:	M14 (220V) / 5/8" (110V)
Clase:	II
Peso:	2.2kg

Voltaje / frecuencia de entrada

País	Voltaje	Hz	Ficha Enchufe
Chile	220-240V	50 Hz	
Colombia	110 V	60 Hz	
Perú	220 V	60 Hz	
Argentina	220 V	50 Hz	
Uruguay	220-240V	50Hz	
Brazil	127/220V	60Hz	

NOTA: Los detalles y especificaciones aquí contenidos, son los considerados correctos al momento de imprimir esta información. No obstante, nos reservamos el derecho de cambiar la información técnica sin aviso previo.

Componentes
esmeril angular



Producto con doble aislación eléctrica.

Siempre use máscara anti polvo.

Siempre use lentes de seguridad y protección anti ruido.

ADVERTENCIA-Para reducir el riesgo de lesión, el usuario debe leer este manual de instrucciones

Instrucciones
generales de seguridad para herramientas eléctricas

¡Advertencia! Lea cuidadosamente, todas las instrucciones. Si omite el cumplimiento de las instrucciones dadas a continuación, puede sufrir una descarga eléctrica u ocasionar fuego y / o lesiones personales.
Conserve todas las advertencias e instrucciones para una futura referencia.
La expresión “herramienta eléctrica” en todas las advertencias listadas más abajo, se re tanto a las herramientas operadas con cable como también a aquellas operadas a baterías (inalámbricas).

Área de trabajo

• Siempre mantenga el área de trabajo limpia y bien iluminada. Las áreas desordenadas y oscuras pueden provocar accidentes.

• No use herramientas eléctricas donde exista riesgo de causar explosión, por ejemplo, en presencia de líquidos in gases o polvo. Las herramientas eléctricas generan chispas las cuales pueden encender el polvo o los gases.

• Mantenga tanto a niños como a transeúntes y espectadores lejos mientras opere una herramienta eléctrica. Las distracciones pueden causar que el operador pierda el control de la herramienta.

Seguridad eléctrica

• Los enchufes de las herramientas eléctricas, deben ser coincidentes con la toma eléctrica. Jamás modifique el enchufe de manera alguna. No use adaptador de enchufe con herramientas eléctricas que requieran conexión a tierra. Los enchufes sin modificar y las tomas eléctricas coincidentes, reducirán el riesgo de una descarga eléctrica.

• Evite el contacto del cuerpo con superficies cimentadas o con conexión a tierra, tales como tubos, radiadores, estanterías y refrigeradores. Hay un incremento de riesgo de descarga eléctrica, si su cuerpo es conectado a tierra.

• Jamás exponga las herramientas eléctricas a la lluvia o a condiciones de humedad. El agua que penetra al interior de una herramienta aumentará el riesgo de una descarga eléctrica.

• No haga mal uso del cable. Jamás traslade la herramienta tomándola por el cable como tampoco debe tirar bruscamente de él para desconectar la herramienta de la toma eléctrica. Mantenga el cable, siempre lejos del calor, aceite, bordes filosos o piezas móviles. Los cables dañados o enredados, incrementarán el riesgo de una descarga eléctrica.

• Cuando opere una herramienta eléctrica diseñada para exteriores, sólo use cables de extensión eléctrica diseñados para uso exterior. El uso de este tipo de cables diseñados para el uso exterior, reduce el riesgo de descarga eléctrica.

IMPORTANTE: Si el cable de alimentación de esta herramienta está dañado, debe ser reemplazado por un cable preparado especialmente disponible a través de la organización de servicio técnico autorizado. No intente operar herramientas eléctricas en malas condiciones.

BauKer®

Instrucciones generales de seguridad para herramientas eléctricas

Seguridad personal

• Manténgase alerta, siempre mire lo que esté haciendo y use el sentido común cuando opere una herramienta eléctrica. No use una herramienta eléctrica mientras esté cansado o bajo la influencia de drogas, alcohol o medicamentos. Un momento de descuido, mientras la opera, puede causar lesiones personales serias.

• Use equipo de seguridad. Siempre use lentes de protección. Equipamiento de seguridad tal como máscara para polvo, zapatos de seguridad antideslizantes, casco o protectores auditivos, los cuales usados adecuadamente, reducirán las lesiones personales.

• Evite el encendido fortuito. Asegúrese que el interruptor de encendido se encuentre en posición apagado antes de enchufar el artefacto, sobre todo con máquinas como ésta, que cuentan con botón de funcionamiento permanente. Transportar herramientas eléctricas con su dedo en el interruptor, aumenta el riesgo de accidentes.

• Quite cualquier llave o herramienta de regulación antes de encender la herramienta eléctrica. Una herramienta o llave que se deje junto a una pieza rotatoria de la herramienta eléctrica, puede ocasionar lesiones personales.

• No se extralimite. Mantenga los pies en forma adecuada y equilibrados en todo momento. Esto permite un mejor control de la herramienta eléctrica en situaciones inesperadas.

• Vístase apropiadamente. No use ropa holgada o joyas. Mantenga su pelo, ropa y guantes, lejos de las piezas móviles. La ropa suelta, joyas o el pelo largo, pueden engancharse en las piezas móviles.

• Si son suministrados dispositivos de conexión para la extracción del polvo e instalaciones de recolección, asegúrese de que ellos estén correctamente conectados y de que sean usado en forma adecuada. El uso de estos dispositivos puede reducir los riesgos relacionados con el polvo.

Mantención cuidadosa de las herramientas eléctricas

• Jamás fuerce la herramienta eléctrica. Siempre use la herramienta eléctrica correcta, de acuerdo a la aplicación requerida. El usuario, trabajará de manera más segura y mejor con la herramienta eléctrica adecuada, en un área específica de aplicación.

• Jamás use un artefacto que tenga el interruptor de encendido / apagado, defectuoso. Una herramienta eléctrica que no pueda ser encendida ni apagada, es peligrosa y debe ser reparada sólo por el servicio técnico autorizado.

• Desconecte el enchufe de la toma eléctrica antes de hacer cualquier ajuste, cambio de accesorios o almacenar cualquier herramienta eléctrica. Tales medidas de seguridad preventivas, reducen el riesgo de encender la herramienta eléctrica accidentalmente.

• Guarde las herramientas eléctricas sin uso lejos del alcance de los niños y jamás permita que aquellas personas que no estén familiarizadas con las herramientas o con estas instrucciones, puedan operar esta máquina. Las herramientas eléctricas son peligrosas en manos de aquellos usuarios no adiestrados en su uso.

• Mantención de las herramientas eléctricas. Revise cualquier mala alineación o unión de piezas móviles, avería de piezas y cualquier otra condición que pueda afectar la operación normal de las herramientas eléctricas. Si la herramienta está dañada debe ser reparada sólo por su servicio técnico autorizado antes de ser usada. Muchos accidentes son causados por una pobre mantención de las herramientas eléctricas.

• Mantenga las herramientas de corte filosas y limpias. Las herramientas de corte mantenidas apropiadamente, con los bordes de corte correctamente afilados, están menos propensas a atascarse y son más fáciles de controlar.

• Use la herramienta eléctrica, accesorios y discos, etc., de acuerdo con las instrucciones suministradas teniendo en cuenta las condiciones de trabajo y el trabajo a ser desarrollado. El uso de las herramientas eléctricas para un propósito diferente para el cual fueron diseñadas, puede provocar una situación peligrosa. Precaución: Use las empuñaduras auxiliares suministradas con la herramienta. La pérdida de control puede causar peligro personal.

Servicio

Asegúrese de que la mantención y/o reparación de la herramienta eléctrica, sea hecho sólo por su servicio técnico autorizado y usando sólo repuestos originales. Esto garantizará su seguridad y la de esta herramienta.

Regulaciones
de seguridad especiales para un esmeril angular

Advertencia: Para el empleo seguro de la herramienta, lea y siga las siguientes instrucciones de seguridad y operación.

• Siempre desenrolle, completamente, el cable eléctrico para evitar eventuales sobrecalentamientos.

• Cuando vaya a usar un alargador eléctrico, siempre se debe asegurarse que este cable sea del amperaje adecuado para su herramienta eléctrica y que además esté en condiciones eléctricas seguras.

• Siempre apague el esmeril y espere a que el disco se detenga por completo antes de soltarlo cuando quiera dejar de usarlo.

• No permita que nadie que no esté adiestrado en su uso opere esta herramienta.

• Trapos, paños, cables, resortes y similares, siempre deben ser alejados del área de trabajo.

• En caso de que sea interrumpido mientras opere la herramienta, siempre complete el proceso y apáguela hasta que se detenga el disco antes de levantar la vista, muchos accidentes son provocados por la distracción del usuario.

• Periódicamente revise que todas las tuercas, pernos y otras fijaciones, estén adecuadamente apretados.

• Revise el disco antes de instalarlo en el esmeril angular. Revíselo golpeándolo con un mango de madera mientras balancea el disco en su dedo. Escuche el anillo, y no lo use si suena sordo (o apagado), ya que el disco podría estar quebrado o fracturado.

• Cuando el disco esté instalado, hágalo correr por al menos 1 minuto, para asegurarse que éste no tenga alguna falla. Siempre se recomienda permanecer fuera de la línea del disco mientras haga un testeo o cuando use la herramienta.

• Jamás use un disco marcado con rango de revoluciones por minuto (rpm) inferior al descrito en la placa de especificaciones del esmeril, es decir, el rango de rpm en el disco debe ser superior al rango de rpm del esmeril.

• Sólo use discos del diámetro prescrito.

• Jamás intente operar el esmeril angular, sin el protector en su lugar.

• Jamás fije el esmeril angular a una prensa, torno o mesa de trabajo. Esto puede acarrear serias lesiones al usuario.

• Jamás aplique excesiva presión sobre el disco. Este se podría destrozar y causar lesiones personales al usuario.

• Asegúrese de que la pieza de trabajo, siempre esté bien apretada en el torno, prensa u otro sistema de sujeción.

• Siempre use el mango auxiliar y asegure un buen agarre en la carcasa del esmeril con una mano y la manilla auxiliar con la otra, antes de proceder con cualquier trabajo.

• Siempre se debe asegurar que al momento de encender la herramienta, ésta no esté en contacto con al área de trabajo.

• Tenga cuidado de no dañar el eje o cualquiera de las pestañas del disco. El daño a estas partes puede provocar fracturas al disco.

• No presione el botón asegurador del eje, mientras el eje esté girando.

• Sólo use discos de corte y esmerilado (de desbaste) de buena calidad. Los discos baratos y de mala calidad tienden a cristalizarse, lo cual sobrecarga el motor y lo puede dañar. Use los discos sólo para el propósito que fueron diseñados. Por ejemplo, no use discos de corte para esmerilar o ruedas metálicas en albañilería.

• Tenga cuidado con las chispas volantes. Agarre la herramienta en un ángulo de aproximadamente 15° a 30° a la superficie de la pieza de trabajo. Deje que el disco haga el esmerilado o corte a una velocidad razonable, ya que se podría producir sobre calentamiento si se aplica demasiada presión y las revoluciones del disco disminuyen resultando en un corte inefici nte y posible daño al motor.

• Cuando use el esmeril, siempre emplee equipamiento de seguridad, el que debe incluir lentes de seguridad o protectores faciales, protector para oídos, máscara para el polvo y ropa protectora incluyendo guantes de seguridad.

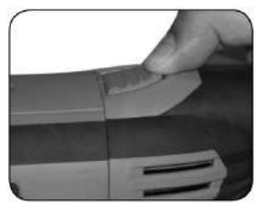
Armado
de su herramienta

Mango auxiliar de multi posición

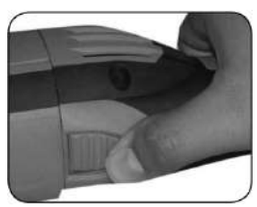
Atornille el mango auxiliar de multi posición (8) en el punto de instalación más adecuado (5) (arriba, lado izquierdo o lado derecho) conforme a la demanda de la operación a realizar.

Nota: El mango trasero (9) puede ser girado tanto a la derecha como a la izquierda. Este debe ser asegurado en una de las 3 posiciones pre establecidas: central, 90° a la izquierda o 90° a la derecha. Este mango no debe ser usado en cualquier posición entre estas 3 posiciones pre establecidas ya que este puede girar durante su uso y crear algún riesgo.

Accesorios disponibles



1. Presione el botón de liberación (7) del mango giratorio y gire el mango trasero a la izquierda o derecha.



2. Suelte el botón de liberación (7) del mango giratorio para bloquear el mango trasero.

Nota: Las operaciones de esmerilado (desbaste), normalmente requieren que el esmeril angular esté orientado con el disco de esmeril en un ángulo de 20° a 30° entre la herramienta y el plano de la pieza de trabajo, mientras que las operaciones normales de corte requieren que el esmeril angular sea orientado con el disco de corte en un ángulo recto a la pieza de trabajo. Tome el tiempo necesario para encontrar la mejor combinación de las posiciones del mango auxiliar y del mango de rotación, para satisfacer de mejor forma la tarea a desarrollar. Esto puede hacer una diferencia considerable para los niveles de conveniencia y seguridad de la operación.

Protector del disco

ADVERTENCIA: Apague el esmeril y desconéctelo de la alimentación eléctrica antes de manipular el protector de disco.

Nota: Las operaciones de esmerilado (desbaste), normalmente requieren que el esmeril angular esté orientado con el disco de esmeril en un ángulo de 20° a 30° entre la herramienta y el plano de la pieza de trabajo, mientras que las operaciones normales de corte requieren que el esmeril angular sea orientado con el disco de corte en un ángulo recto a la pieza de trabajo. Tome el tiempo necesario para ajustar de mejor manera el protector de disco antes de operar. Esto puede hacer una diferencia considerable para los niveles de conveniencia y seguridad de la operación.



1. Abra la palanca del protector de liberación rápida (4).



2. Gire el protector a la posición apropiada ya sea para cortar o esmerilar.

Instrucciones
de uso para el esmeril angular

Encendido y apagado

Este esmeril angular puede ser usado para esmerilar y cortar acero, piedra o piezas de cerámica, tales como tubos, secciones de cajas metálicas, ángulos de hierro, barras de acero, ladrillos hogareños y azulejos con el disco apropiado para cada material. No intente esmerilar madera o metales blandos tales como plomo, estos materiales, rápidamente, “cubrirán” el disco y lo dejará inutilizable.

1. Antes de encender el esmeril, colóquese los lentes de seguridad y revíselo para asegurarse que el disco, el protector y la herramienta misma estén en buenas condiciones y correctamente ajustados.

2. Enchufe el cable eléctrico en la toma eléctrica.

3. Sostenga firmemente la herramienta para prevenir la torsión de partida (como un culatazo).



4. Presione el interruptor de seguridad (10) hacia adelante y apriete el interruptor de encendido / apagado (6).

5. Deje que el esmeril arranque y alcance la máxima velocidad antes de aplicar el disco a la pieza de trabajo.

6. Para prevenir que un nuevo disco para esmerilar se atasque en la pieza de trabajo, primeramente mueva el esmeril a través de la pieza de trabajo, hacia el operador. Una vez que el borde conductor del disco está ligeramente desgastado, el esmerilado puede ser conducido en cualquier dirección.



7. Una vez que el esmerilado o corte esté terminado, aleje el disco de la pieza de trabajo.

8. Suelte el interruptor de encendido / apagado (6) para detener el esmeril.

Nota: El disco continua girando por algunos segundos, incluso aunque el interruptor esté en posición apagado. Mantenga las manos distantes del disco en movimiento y asegúrese de que se haya detenido completamente antes de soltar la herramienta.

ADVERTENCIA: No sumerja el disco en algún tipo de lubricante, incluida el agua. Este esmeril angular está diseñado como un esmerilador / cortador en seco. Si no respeta esta advertencia puede sufrir una descarga fatal.

Regulación de velocidad



Este esmeril angular está equipado con un regulador de velocidad que va desde 4000 a 11000 RPM (el regulador de velocidad indica niveles desde el 1 al 6).

Agarrar y controlar la herramienta

1. Siempre sujete con abrazaderas la pieza de trabajo.

2. No sobrecargue la herramienta con el propósito de que el disco disminuya la velocidad. Deje que la herramienta haga el trabajo en lugar de aplicar presión. El sólo peso de la herramienta le brinda suficiente presión.

3. Los discos de cortar y esmerilar se llegan a calentar mucho mientras están en uso. Tenga cuidado de no tocarlos, sino hasta que se hayan enfriado.

4. Sostenga la herramienta de manera firme y asegúrese de tener el control total en todo momento.

5. Durante la operación de corte mantenga un ángulo recto (de 90°) entre la herramienta y la pieza de trabajo.

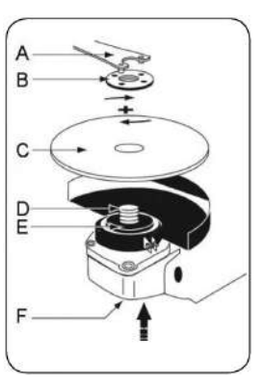
6. Durante el esmerilado, mantenga un ángulo de 20° a 30° entre la herramienta y la pieza de trabajo.

Instalar y reemplazar un disco

Precaución: Apague el esmeril y desconéctelo de la toma eléctrica antes de cambiar el disco.

ADVERTENCIA: Siempre use el protector de disco suministrado cuando utilice la herramienta. El disco se puede destrozar durante el uso. En este caso el protector ayuda a reducir las opciones de lesiones personales.





1. Instale la brida interior (E) en el eje (D). Fije el disco (C) en el eje interior y atornille la brida exterior (B) en el eje.

2. Para apretar la brida exterior, presione el seguro del eje (F) firmemente, de modo que el eje no pueda girar, luego, use la llave para cambio de disco (A) suministrada y apriete firmemente en el sentido de las agujas del reloj.

3. Para quitar la rueda, siga el procedimiento de instalación, pero al revés.

4. Haga funcionar el esmeril angular, sin usarlo en ninguna pieza de trabajo, por al menos 1 minuto para asegurarse que el disco nuevo esté en buenas condiciones. Asegúrese de estar usando todo el equipo de seguridad necesario y que la herramienta esté alejada del usuario.

Selección del disco

Discos para esmerilar: 115mm x 22.2mm desgaste x 6mm. Generalmente usados en acero y acero de alto grado.

Discos de corte: 115mm x 22.2mm desgaste x 3mm. Generalmente usado en acero, acero de alto grado y acero inoxidable.

Disco de hoja diamantada: 115mmx 22.2mm desgaste x 2.2mm. Este tipo de discos son generalmente usados para aplicaciones de corte en albañilería. Están diseñados para cortar material cerámico, concreto, azulejos, mármol, granito y piedra arenisca.

Mantención y servicio

LUBRICACIÓN

La grasa en la caja de engranajes, requerirá ser cambiada después de un uso extensivo de la herramienta. Por favor, remítase a su servicio técnico autorizado para realizar dicha labor.

MANTENCIÓN DEL CABLE ELÉCTRICO

Si el cable eléctrico suministrado necesita ser reemplazado, la tarea debe ser llevada a cabo por su servicio técnico autorizado, de manera de evitar riesgos a la seguridad.

LIMPIEZA

1. Mantenga despejados y limpios los agujeros de ventilación de la herramienta, en todo momento.

2. Quite el polvo y la suciedad regularmente. Es mejor hacer la limpieza con un trapo. Use lentes de seguridad o un protector para los ojos y guantes mientras limpia la herramienta.

3. Relubricar todas las piezas móviles en intervalos regulares, tarea que sólo debe realizar el servicio técnico autorizado.

Precaución: No use agentes cáusticos para limpiar las piezas plásticas de la herramienta. Se recomienda el uso de un detergente suave sobre un trapo húmedo. Tenga presente que el agua JAMÁS debe entrar en contacto con la herramienta.

INSPECCIÓN GENERAL

Regularmente revise que todos los tornillos de fijación estén bien apretados. Ellos se pueden llegar a soltar con el tiempo, debido a las vibraciones normales a las que se somete la herramienta.

Garantía
y servicio técnico

Gracias por escoger este producto Herramientas BAUKER 3 años de Garantía
- Esta garantía tiene vigencia a partir de la fecha de compra del producto.

POR FAVOR, GUARDE SU COMPROBANTE DE COMPRA

- Si este producto presenta una falla dentro del período de garantía, diríjase al SST autorizado.

- Incluya su comprobante de compra original, detalle de las fallas, su nombre y dirección, lugar y fecha de compra. El fabricante no efectuará reembolso. Todo producto deberá estar adecuadamente limpio, seguro y embalado cuidadosamente para prevenir daños o lesiones durante el transporte. El fabricante podrá rechazar los despachos poco apropiados o inseguros.

- Debe facilitar el comprobante de compra antes de llevar a cabo cualquier trabajo de reparación o mantención.

- Todos los trabajos deben ser llevados a cabo sólo por servicio técnico autorizado.

- Cualquier pieza que sea reemplazada dentro de la garantía, será propiedad del servicio técnico autorizado y no será devuelta.

- La reparación o reemplazo del producto no extenderá el período de garantía.

- La reparación o reemplazo de su producto bajo garantía le otorga beneficios adicionales y que no afectan sus derechos como consumidor establecidos en la ley.

Lo que cubre la garantía:
- La reparación del producto por defectos debido a fatiga de material o defectos de fabricación dentro del periodo de garantía. Si cualquier pieza ya no está disponible o está descontinuada, el fabricante la reemplazará con una pieza alternativa y funcional, dentro del período de garantía.

Lo que no cubre la garantía:
El fabricante no garantiza la reparación requerida como resultado de:
- El desgaste normal de aspas, ampolletas, baterías, etc.

- Daño accidental, fallas causadas por uso negligente, abuso y operación descuidada en la manipulación del producto.

- Uso del producto para cualquier propósito fuera de las actividades domésticas normales.

- Cambio o modificación del producto en cualquier forma.

- El uso de partes y accesorios distintos de los originales del fabricante.

- Instalación defectuosa.

- Reparaciones o alteraciones llevadas a cabo por un servicio técnico o persona no autorizadas.

Red de servicio técnico en Chile

REGIÓN	CIUDAD	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
METROPOLITANA (RM)	SANTIAGO	TEJO Y CIA	COQUIMBO N° 1150	22699 17 09 22696 89 41 FAX 696 8950
COQUIMBO (IV)	COQUIMBO	TEJO Y CIA	GERÓNIMO MÉNDEZ N° 1851 GALPÓN 12 PARQUE INDUSTRIAL CHAÑAR, COQUIMBO	51-22317 141
VALPARAISO (V)	VIÑA DEL MAR	TEJO Y CIA	QUILLOTA N° 1884	32-2689115
MAULE (VII)	TALCA	TEJO Y CIA	11 ORIENTE N° 599	71-2214 647
BIO-BIO (VIII)	CHILLÁN	TEJO Y CIA	MAIPÓN N° 1155	42-2211638 09-2847299
BIO-BIO (VIII)	CONCEPCIÓN TALCAHUANO	TEJO Y CIA	LAS HERAS N° 91	41-252 05 57
BIO-BIO (VIII)	LOS ÁNGELES	SOC. COMERCIAL VALD	ALMAGRO N° 689	43-322 589
ARAUCANÍA (IX)	TEMUCO	TEJO Y CIA	LAUTARO N° 1175	45-2213 240
LOS LAGOS (X)	OSORNO	ELECTROVECAR	DIEGO PORTALES N° 476	64-236 700 64-573 187 09-591 32 45
LOS LAGOS (X)	PUERTO MONTT	TEJO Y CIA	CRUZERO N° 1892	65-2511 736 8 192 06 60
AYSÉN (XI)	COYHAIQUE	TEJO Y CIA	LAS LENGAS N° 865	67-2253 024 7 428 99 34

Dados técnicos

Esmerilhadeira Angular

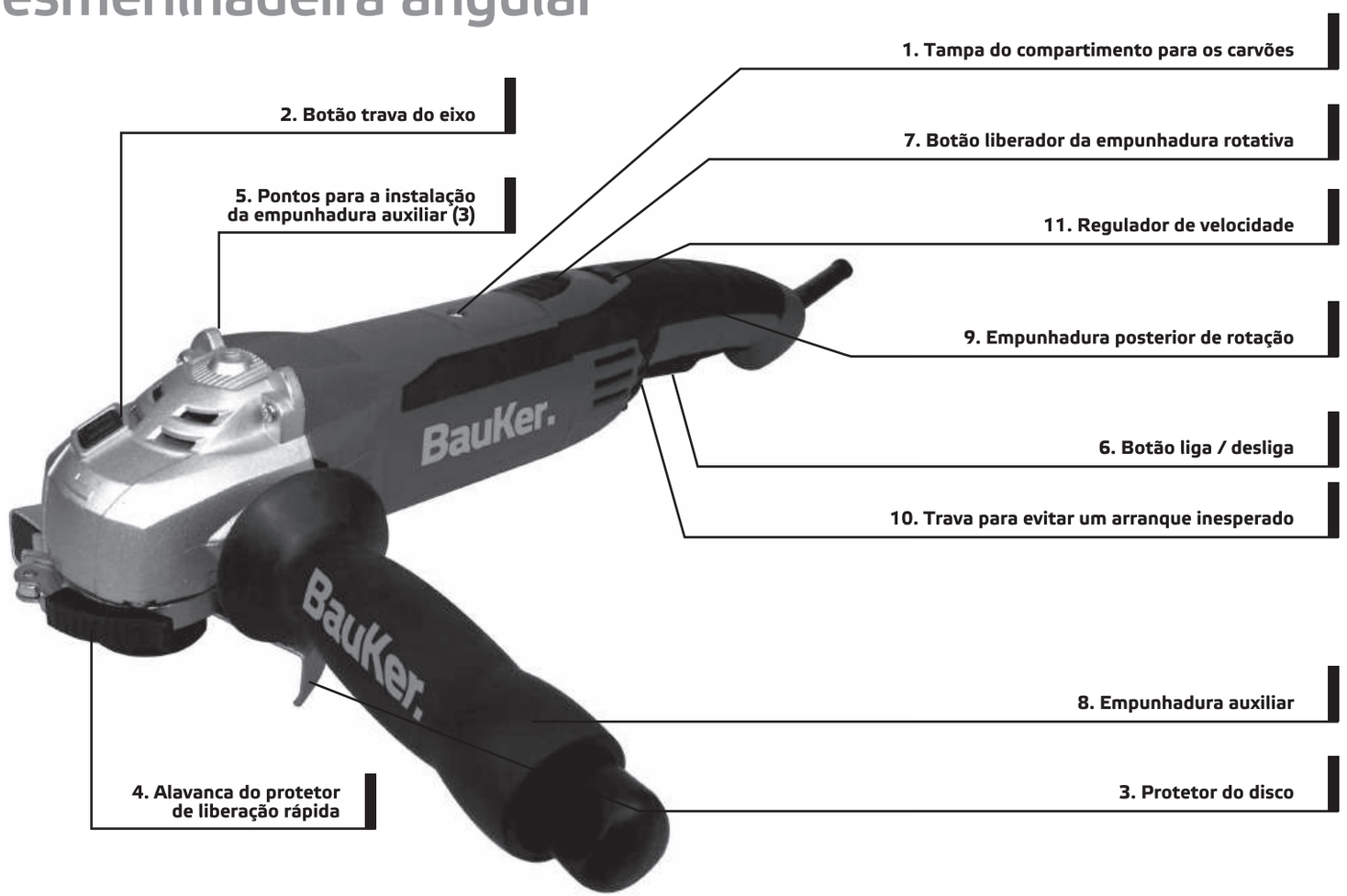
Potência nominal	1010 W
Nível sonoro	100 dB
Velocidade sem carga	4000 – 11000 RPM
Diâmetro máximo do disco	115 mm
Eixo	M14 (220 V) / 5/8” (110 V)
Classe	II
Peso	2,2 kg

Voltaje / frecuencia de entrada

País	Voltaje	Hz	Ficha Enchufe
Chile	220-240V	50 Hz	
Colombia	110 V	60 Hz	
Perú	220 V	60 Hz	
Argentina	220 V	50 Hz	
Uruguay	220-240V	50Hz	
Brazil	127/220V	60Hz	

OBSERVAÇÃO: Os dados e especificações aqui contidos são os considerados corretos, no momento da impressão destas informações. Não obstante, o fabricante se reserva o direito de alterar as especificações técnicas sem prévio aviso.

Componentes
esmerilhadeira angular



Produto com duplo isolamento elétrico.

Use sempre uma máscara de proteção contra poeira

Use sempre óculos de segurança e protetor auricular

ATENÇÃO - Para reduzir o risco de acidentes, o usuário deve ler este manual de instruções.

Instruções
de segurança para ferramentas elétricas

Advertência! Leia atentamente todas as instruções. O descumprimento das instruções detalhadas abaixo pode resultar em choques elétricos, incêndios ou ferimentos.
Conserve todas as advertências e instruções para futuras consultas.
O termo “ferramenta elétrica” se refere, e todas as advertências, às ferramentas que funcionam mediante redes elétricas bem como às ferramentas sem fio, operadas a bateria.

Área de trabalho

• Mantenha a área de trabalho limpa e bem iluminada. Desordem ou áreas de trabalho pouco iluminadas podem causar acidentes.

• Não use ferramentas elétricas em ambientes com risco de explosão, onde se encontram líquidos, gases ou pós inflamáveis. As ferramentas elétricas geram faíscas que podem inflamar pós ou vapores.

• Mantenha crianças e outras pessoas afastadas da ferramenta elétrica durante o seu uso. Caso ocorra uma distração do operador, é possível que ele perca o controle sobre a ferramenta.

Segurança elétrica

• O plugue da ferramenta elétrica deve encaixar completamente na tomada. Não modifique o plugue de maneira alguma. Não utilize adaptadores em ferramentas elétricas protegidas por ligação terra. Plugues padronizados e tomadas apropriadas reduzem o risco de choques elétricos.

• Evite que seu corpo entre em contato direto com superfícies ligadas a terra, como tubos, refrigeradores e aquecedores. Existe elevado risco de choque elétrico quando alguma parte do corpo está em contato direto com a terra.

• Mantenha o aparelho afastado de chuva ou umidade. Infiltração de água numa ferramenta elétrica aumenta o risco de choque elétrico.

• Não utilize o cabo da ferramenta para transportar, pendurar ou desconectar o plugue da tomada. Mantenha o cabo afastado de calor, óleo, áreas cortantes ou partes do aparelho em movimento. Cabos danificados aumentam o risco de choque elétrico.

• Ao trabalhar com a ferramenta elétrica ao ar livre, utilize cabos de extensão apropriados. A utilização desses cabos reduz o risco de choque elétrico.

IMPORTANTE: Se o cabo de alimentação da ferramenta estiver danificado, este deverá ser substituído por um cabo preparado especialmente, disponível mediante a assistência técnica autorizada. Não tente operar ferramentas em más condições.

Segurança pessoal

• Esteja atento, observe o que você está fazendo e tenha prudência ao trabalhar com ferramentas elétricas. Não utilize ferramentas elétricas quando estiver cansado, sob influência de drogas, álcool ou medicamentos. Um pequeno momento de descuido ao utilizar ferramentas elétricas pode levar a lesões graves.

• Ao utilizar ferramentas elétricas, use equipamentos de proteção como máscaras de proteção contra poeira, sapatos de segurança antiderrapantes, capacete de segurança, protetor auricular e óculos de proteção, de acordo com o tipo de aplicação da ferramenta elétrica, para reduzir os riscos de acidentes.

• Evite o funcionamento involuntário das ferramentas elétricas. Certifique-se de que a ferramenta esteja desligada antes de conectá-la à rede, bem como antes de levantá-la ou transportá-la. Transportar a ferramenta com o dedo no interruptor pode gerar acidentes.

• Remova chaves de regulagem ou de aperto antes de ligar a ferramenta elétrica. Chaves fixadas a partes móveis que possuem movimento de rotação podem resultar em graves acidentes.

• Não trabalhe em posições anormais. Mantenha sempre o equilíbrio e a firmeza durante a utilização de ferramentas elétricas. Isso gera maior controle durante situações inesperadas de uso.

• Utilize roupas apropriadas. Não use roupas largas nem joias ou relógios. Mantenha cabelos, roupas e luvas afastadas das partes em movimento da ferramenta. Roupas largas, cabelos compridos, joias e relógios podem vir a se prender nas partes em movimento da ferramenta elétrica.

• Se as ferramentas possuírem acessórios especiais para aspiração ou coleta de poeira, assegure-se de que estejam devidamente fixados. A utilização de equipamentos de coleta de poeira reduz o risco de inalação de pó.

Manutenção e cuidados de ferramentas elétricas

• Não sobrecarregue a ferramenta elétrica. Utilize o aparelho apropriado de acordo com a aplicação ou trabalho a ser desempenhado. A ferramenta correta fará um trabalho mais rápido e seguro na aplicação para a qual ela foi projetada.

• Não utilize uma ferramenta elétrica que possua o interruptor de liga/desliga defeituoso. Ferramentas que não podem ser controladas pelo interruptor representam perigo e devem ser reparadas pelo serviço técnico autorizado.

• Remova o plugue da tomada antes de fazer ajustes, montagens de acessórios ou até mesmo antes de guardar o equipamento. Essa medida evita o arranque involuntário e acidental da ferramenta.

• Armazene as ferramentas elétricas longe do alcance de crianças e pessoas que não estejam familiarizadas com o equipamento e com as instruções contidas neste manual. Ferramentas elétricas são perigosas quando utilizadas por pessoas inexperientes.

• Mantenha a ferramenta elétrica sempre em bom estado de uso. Verifique se existem desalinhamentos, peças emperradas ou quebradas que possam afetar o desempenho normal do equipamento. Se danificada, providencie a manutenção apropriada da ferramenta antes de seu uso. Muitos acidentes são causados por falta de manutenção da ferramenta.

• Mantenha as ferramentas de corte sempre limpas e afiadas. Peças em bom estado de utilização e bem afiadas emperram com menor frequência e podem ser utilizadas com maior facilidade.

• Utilize a ferramenta elétrica e seus acessórios conforme com as instruções de segurança contidas neste manual. Sempre avalie a tarefa a ser executada, considerando os aspectos e condições do ambiente de trabalho. O uso da ferramenta elétrica em outras finalidades para as quais elas não foram projetadas pode causar sérios acidentes.
Precaução: Use as empunhaduras auxiliares. A perda do controle pode causar ferimentos.

Serviço de manutenção

A sua ferramenta elétrica deve ser reparada apenas por pessoal especializado. Utilize sempre peças originais. Isso assegura que a segurança de seu equipamento seja mantida.

Instruções
de segurança específicas para uma esmerilhadeira angular

Advertência: Para um uso seguro desta ferramenta, leia e siga as seguintes instruções de segurança e uso.

• Sempre desenrole completamente o fio elétrico, para evitar sobreaquecimento.

• Ao utilizar um fio de extensão, verifique sempre que este seja compatível com a sua ferramenta elétrica e que esteja em condições elétricas seguras.

• Assegure-se sempre de que a esmerilhadeira esteja desligada e o disco totalmente parado antes de soltar a ferramenta.

• Não permita que nenhuma pessoa inexperiente use esta ferramenta.

• A área de trabalho deve estar livre de panos, cabos, molas e outros objetos similares.

• Caso seja interrompido durante o funcionamento da ferramenta, finalize o procedimento e desligue a máquina antes de olhar para a outra pessoa. Um pequeno momento de distração do usuário pode causar acidentes.

• Verifique regularmente que todos os parafusos, porcas e outras peças de fixação estejam bem apertados.

• Revise o disco antes de instalá-lo na esmerilhadeira angular. Para isso, utilize um cabo de madeira enquanto o disco gira no seu dedo. Não use o disco em caso de que não consiga ouvir um pequeno ruído. O disco pode estar quebrado.

• Quando o disco estiver instalado, deixe que ele gire por 1 minuto, para assegurar-se de que não esteja com defeito. Ao fazer um teste ou usar a ferramenta, fique fora da linha do disco.

• Jamais use um disco com indicação de RPM inferior ao descrito na informação técnica da esmerilhadeira. Deve ser sempre superior.

• Use apenas discos com o diâmetro indicado.

• Nunca tente usar a esmerilhadeira angular sem o protetor devidamente instalado.

• Nunca fixe a esmerilhadeira angular a um grampo ou bancada de trabalho. Isto pode ocasionar ferimentos graves.

• Nunca exceda a pressão sobre o disco. Isto pode destruir o disco e causar ferimentos graves.

• Assegure-se de que a peça de trabalho esteja bem fixada ao grampo ou outro dispositivo de sujeição.

• Use sempre a empunhadura auxiliar. Antes de realizar qualquer trabalho, agarre firmemente a carcaça com uma mão e a empunhadura auxiliar com a outra.

• Ao ligar a ferramenta, assegure-se sempre de que esta não esteja em contato com a área de trabalho.

• Tenha a precaução de não danificar o eixo ou qualquer clip do disco. Se estas peças estiverem danificadas, o disco pode quebrar.

• Não pressione o botão trava do eixo enquanto este estiver girando.

• Use apenas discos de corte e polido de boa qualidade. Os discos baratos e de baixa qualidade geralmente ficam cristalizados, sobrecarregando e danificando o motor. Use os discos nas finalidades para as quais eles foram projetados. Por exemplo, não use discos de corte para esmerilhar.

• Tenha cuidado com as faíscas. Agarre a ferramenta em um ângulo de aproximadamente 15°-30° da superfície da peça de trabalho. Deixe que o disco trabalhe a uma velocidade razoável, para evitar sobreaquecimento em caso de excesso de pressão. A revoluções do disco podem diminuir, resultando em um corte ineficiente e danificando o motor.

• Ao usar a esmerilhadeira, utilize sempre equipamento de segurança, que deve incluir óculos de segurança e protetores faciais, protetor auricular, máscara de proteção contra poeira, roupas adequadas e luvas de segurança.

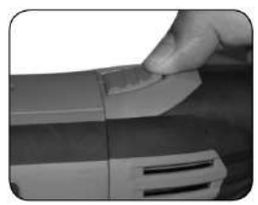
Montagem
da ferramenta

Empunhadura auxiliar multi-posição

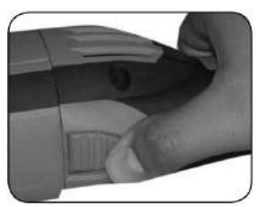
Aperte a empunhadura multi-posição (8) no ponto de instalação mais adequado (5) (acima, lateral esquerda ou direita), conforme as características do trabalho a ser executado.

Nota: A empunhadura traseira (9) pode ser girada tanto à direita quanto à esquerda. Esta deve ser fixada em uma das 3 posições pré estabelecidas: central, 90° à esquerda ou 90° à direita. Esta empunhadura não deve ser usada em qualquer outra posição, pois ela pode girar durante o uso e ocasionar riscos.

Acessórios disponíveis



1. Pressione o botão de liberação (7) da empunhadura rotativa e gire a empunhadura traseira para a esquerda ou direita.



2. Para bloquear a empunhadura traseira, solte o botão de liberação (7) da empunhadura rotativa.

Nota: As operações de esmerilhado normalmente requerem que a esmerilhadeira angular esteja posicionada com o disco em um ângulo de 20°-30°, entre a ferramenta e a superfície da peça de trabalho. Por outro lado, as operações normais de corte requerem que a esmerilhadeira angular esteja posicionada com o disco de corte em ângulo reto em relação à peça de trabalho. Tome o tempo necessário para alcançar a melhor combinação de posições da empunhadura auxiliar e empunhadura rotativa, para obter um ótimo desempenho da ferramenta. Isto pode elevar consideravelmente a eficiência e segurança da operação.

Protetor do disco

ADVERTÊNCIA: Antes de manusear o protetor do disco, desligue a esmerilhadeira e desconecte-a da tomada elétrica.

Nota: As operações de esmerilhado normalmente requerem que a esmerilhadeira angular esteja posicionada com o disco em um ângulo de 20°-30°, entre a ferramenta e a superfície da peça de trabalho. Por outro lado, as operações normais de corte requerem que a esmerilhadeira angular esteja posicionada com o disco de corte em ângulo reto em relação à peça de trabalho. Tome o tempo necessário para ajustar corretamente o protetor do disco. Isto pode elevar consideravelmente a eficiência e segurança da operação.



1. Abra a alavanca do protetor de liberação rápida (4).



2. Gire o protetor para a posição adequada, para operações de corte ou esmerilhado.

Instruções
de uso para a esmerilhadeira angular

Ligar e desligar

Esta esmerilhadeira pode ser usada para esmerilhar e cortar aço, pedra ou peças de cerâmica, como tubos, caixas metálicas, barras de aço e azulejos domésticos, com o disco apropriado para cada material. Não tente esmerilhar madeira ou metais macios, como chumbo. Estes materiais rapidamente danificarão o disco.

1. Antes de ligar a esmerilhadeira, coloque os óculos de segurança. Assegure-se de que o disco, o protetor e a ferramenta estejam em boas condições e corretamente ajustados.

2. Conecte o plugue à tomada.

3. Segure firmemente a ferramenta para evitar problemas no arranque.



4. Pressione o interruptor de segurança (10) para a frente e aperte o interruptor (6).

5. Deixe que a esmerilhadeira arranque e alcance a máxima velocidade antes de aplicar o disco.

6. Para evitar que o disco fique emperrado na peça de trabalho, primeiro mova a esmerilhadeira através da peça de trabalho, em direção ao usuário. Uma vez que a borda do disco esteja levemente desgastada, o esmerilhado pode ser realizado em qualquer direção.



7. Após finalizar a operação de corte ou esmerilhado, afaste o disco da peça de trabalho.

8. Solte o botão liga / desliga (6) para desligar a esmerilhadeira.

Nota: O disco continua girando por alguns segundos, até mesmo quando o interruptor está na posição de desligado. Mantenha as mãos afastadas do disco em movimento e assegure-se de que pare totalmente antes de soltar a ferramenta.

ADVERTÊNCIA: Não submerja o disco em lubrificante ou água. Esta esmerilhadeira angular foi projetada para esmerilhar e cortar a seco. O descumprimento desta instrução pode resultar em riscos fatais.

Regulação de velocidade



Esta esmerilhadeira angular possui um regulador de velocidade, entre 4000 e 11000 RPM. O regulador de velocidade indica níveis que vão de 1 a 6.

Agarre e controle da ferramenta

1. Fixe sempre a ferramenta à peça de trabalho com abraçadeiras.

2. Não sobrecarregue a ferramenta com a finalidade de diminuir a velocidade do disco. Deixe que a ferramenta realize a operação, sem exceder a pressão. O peso da ferramenta proporciona pressão suficiente.

3. Os discos de corte e esmerilhado ficam muito quentes durante o funcionamento da ferramenta. Tenha a precaução de não tocá-los até que estejam frios.

4. Segure firmemente a ferramenta e assegure-se de ter o controle total em todo momento.

5. Durante a operação de corte, mantenha um ângulo reto entre a ferramenta e a peça de trabalho.

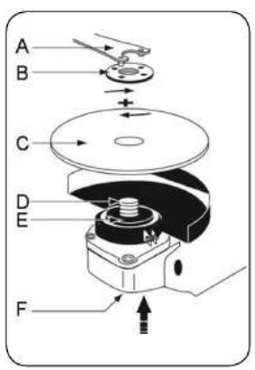
6. Durante o esmerilhado, mantenha um ângulo de 20°-30° entre a ferramenta e a peça de trabalho.

Instalação e substituição do disco

Precaução: Desligue a esmerilhadeira e desconecte o plugue da tomada elétrica antes de substituir o disco.

ADVERTÊNCIA: Use sempre o protetor do disco ao utilizar a ferramenta. O disco pode quebrar durante seu uso. Neste caso, o protetor ajuda a reduzir o risco de ferimentos.





1. Instale o flange interno (E) no eixo (D). Fixe o disco (C) no eixo interno e aperte o flange externo (B).

2. Para apertar o flange externo, pressione firmemente a trava do eixo (F), de maneira que o eixo não possa girar. Em seguida, use a chave para a substituição do disco (A) e aperte firmemente para a direita.

3. Para retirar a roda, siga o procedimento de instalação, mas no sentido contrário.

4. Deixe a esmerilhadeira angular funcionando durante 1 minuto, sem que ela tenha contato com a peça de trabalho, para verificar que o disco novo esteja em boas condições. Utilize todos os equipamentos de segurança necessários. A ferramenta deve estar afastada do usuário.

Seleção do disco

Discos para esmerilhar: 115 mm x 22,2 mm desgaste x 6 mm. Geralmente estes discos são usados para aço normal e rápido.

Discos para cortar: 115 mm x 22,2 mm desgaste x 3 mm. Geralmente estes discos são usados para aço normal e rápido.

Discos de lâmina diamantada: 5 mm x 22,2 mm desgaste x 2,2 mm. Geralmente esses discos são usados para corte em trabalhos de alvenaria, e são projetados para cortar cerâmica, concreto, azulejo, mármore, granito e pedra.

Manutenção e limpeza

LUBRIFICAÇÃO
A graxa da caixa de engrenagens deve ser trocada após um longo período de uso da ferramenta. Por favor, dirija-se a um serviço técnico autorizado para realizar esta operação.

MANUTENÇÃO DO FIO ELÉTRICO
A substituição do fio elétrico deve ser realizada pelo serviço técnico autorizado, para evitar riscos de segurança.

LIMPEZA
1. Mantenha os orifícios de ventilação desobstruídos e limpos em todo momento.

2. Remova regularmente o pó e outros resíduos. Para isso, utilize um pano. Ao limpar a ferramenta, use óculos de segurança e luvas.

3. Lubrifique regularmente todas as peças móveis. Esta operação deve ser realizada apenas pelo serviço técnico autorizado.

Precaução: Não use produtos cáusticos para limpar as peças plásticas da ferramenta. Utilize um sabão suave e um pano umedecido. JAMAIS permita que a água penetre na ferramenta.

INSPEÇÃO GERAL

Verifique regularmente que todos os parafusos de fixação estejam bem apertados. Após um tempo, estes podem soltar, devido às vibrações normais da ferramenta.

Garantia
e assistência técnica

Obrigado por escolher este produto. Ferramentas BAUKER, 3 anos de garantía.
• Esta garantia tem vigência a partir da data de compra do produto.

POR FAVOR, GUARDE SEU COMPROVANTE DE COMPRA.

• Se este produto apresentar uma falha dentro do período de garantia, dirija-se ao Serviço de Assistência Técnica autorizado.

• Inclua seu comprovante de compra original, o detalhamento das falhas, seu nome e endereço, lugar e data de compra do produto. O fabricante não efetuará reembolso. Todo produto deverá estar adequadamente limpo, seguro e embalado cuidadosamente para evitar danos ou lesões durante seu transporte. O fabricante poderá recusar os envios pouco apropriados ou inseguros.

• Você deve apresentar o comprovante de compra antes de realizar qualquer tipo de trabalho de reparação ou de manutenção em seu produto.

• Todos os trabalhos devem ser realizados somente pelo Serviço Técnico Autorizado.

• Qualquer peça substituída dentro da garantia será de propriedade do Serviço Técnico Autorizado, e não será devolvida.

• A reparação ou substituição do produto não extenderá o período de sua garantia.

• A reparação ou substituição de seu produto dentro do período de garantia lhe outorga benefícios adicionais e que não afetam seus direitos como consumidor estabelecidos por lei.

O que cobre a garantia:
• A reparação do produto por defeitos devidos à fadiga de material ou defeitos de fabricação dentro do período de garantia. Se qualquer peça já não estiver disponível ou se já estiver esgotada, o fabricante fará a devida substituição por uma peça alternativa e funcional, dentro do período de garantia.

O que não cobre a garantia:
O fabricante não garante a reparação requerida como resultado de:
• Desgaste normal das pás, lâmpadas, baterias, etc.

• Dano acidental, falhas causadas por uso negligente, abuso e operação descuidada na manipulação do produto.

• Uso do produto para qualquer propósito diferente das atividades domésticas normais.

• Troca ou modificação do produto de qualquer forma.

• Uso de partes e acessórios diferentes dos originais do fabricante.

• Instalação defeituosa.

• Reparações ou alterações feitas por um serviço técnico ou pessoa não autorizada.

Rede de assistência técnica no Chile

REGIÃO	CIDADE	NOME	ENDEREÇO	TELEFONE
METROPOLITANA (RM)	SANTIAGO	TEJO Y CIA	COQUIMBO N° 1150	22699 17 09 22696 89 41 FAX 696 8950
COQUIMBO (IV)	COQUIMBO	TEJO Y CIA	GERÓNIMO MÉNDEZ N° 1851 GALPÓN 12 PARQUE INDUSTRIAL CHAÑAR, COQUIMBO	51-22317 141
VALPARAISO (V)	VIÑA DEL MAR	TEJO Y CIA	QUILLOTA N° 1884	32-2689115
MAULE (VII)	TALCA	TEJO Y CIA	11 ORIENTE N° 599	71-2214 647
BIO-BIO (VIII)	CHILLÁN	TEJO Y CIA	MAIPÓN N° 1155	42-2211638 09-2847299
BIO-BIO (VIII)	CONCEPCIÓN TALCAHUANO	TEJO Y CIA	LAS HERAS N° 91	41-252 05 57
BIO-BIO (VIII)	LOS ÁNGELES	SOC. COMERCIAL VALD	ALMAGRO N° 689	43-322 589
ARAUCANÍA (IX)	TEMUCO	TEJO Y CIA	LAUTARO N° 1175	45-2213 240
LOS LAGOS (X)	OSORNO	ELECTROVECAR	DIEGO PORTALES N° 476	64-236 700 64-573 187 09-591 32 45
LOS LAGOS (X)	PUERTO MONTT	TEJO Y CIA	CRUZERO N° 1892	65-2511 736 8 192 06 60
AYSÉN (XI)	COYHAIQUE	TEJO Y CIA	LAS LENGAS N° 865	67-2253 024 7 428 99 34

GRUPO INARCO S.A.S.	**HOJA DE VIDA PARA EQUIPOS, MAQUINAS Y HERRAMIENTAS**	**CÓDIGO: ST-FO-29** **VERSIÓN: 1**

NOMBRE EQUIPO, MAQUINA Y/O HERRAMIENTA	**TALADRO PERCUTOR ELÉCTRICO**

No DE SERIE O REFERENCIA	**PC650ID13**
MARCA	**BAUKER**
MODELO	**2025**
DESCRIPCION	**TIPO: TALADRO ELÉCTRICO** **INCLUYE: SET DE 50 ACCESORIOS** **MANDRIL: 13 MM** **VOLTAJE (V): 220 V** **VELOCIDAD (RPM): 0 – 3000 RPM** **POTENCIA (W): 650 W**
NOMBRE DE PROVEEDOR	**BAUKER**





REGISTRO DE MANTENIMIENTOS

FECHA DE REALIZACIÓN						DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE SOPORTE TECNICO Y/O	FIRMA	OBSERVACION
MANTENIMIENTO PREVENTIVO			MANTENIMIENTO CORRECTIVO						
DD	MM	AA	DD	MM	AA				
1	8	25				TALADRO NUEVO INGRESO A OBRA SALONES COMUNALES COSTAZUL TY CATALUÑA			Taladro en buenas condiciones de limpieza

BauKer.®

Por cualquier reclamo o desperfecto diríjase a la tienda Sodimac donde adquirió el producto junto con su comprobante de compra, nuestro servicio de post venta lo asistirá con gusto.

Para quaisquer consultas ou reclamações, dirija-se à loja Sodimac onde adquiriu o produto, munido do comprovante de compra; nosso Serviço de Pós Vendas o atenderá com prazer.

ARGENTINA
Teléfono de contacto:
0810-222-7634
www.sodimac.com.ar

CHILE
Teléfono de contacto:
600 600 4020
www.sodimac.cl

COLOMBIA
Teléfono de contacto:
01 8000 115 150
www.homecenter.com.co

MÉXICO
Teléfono de contacto
01 800 522 53 53
www.sodimac.com.mx

PERÚ
Teléfono de contacto: 4192000
www.sodimac.com.pe
www.maestro.com.pe

URUGUAY
Teléfono de contacto: 0800-7634
www.sodimac.com.uy

BRASIL
Telefone de contato:
0300 7634622
www.sodimac.com.br

Importado y/e Distribuido por: Argentina: FALABELLA S.A., C.U.I.T. 30-65572582-9 - Suipacha 1111 P. 18 (1008) - Buenos Aires. Tel.:54-11-4710-5600. **- Brasil :** CONSTRUDECOR S.A - CNPJ: 03.439.316/0038-64 – SAC: 55-11-2065-2500. - **Chile:** SODIMAC S.A., RUT 96.792.430-K - Av. Pdte. Eduardo Frei M. 3092, Renca, Santiago. Tel.: 56-2-2738-1000 / IMPERIAL S.A., RUT 76.821.330-5. Av. Santa Rosa 7876, La Granja - Santiago - Tel.: 56-2-2399-7000 / FALABELLA RETAIL S.A., RUT 77.261.280-K - Manuel Rodríguez Norte 730, Santiago - Tel.: 600-380-5000 / HIPERMERCADOS TOTTUS S.A., RUT 78.627.210-6 - Nataniel Cox 620 Subterráneo, Santiago - Tel.: 562-827-0211 - **Colombia:** SODIMAC COLOMBIA S.A., Cód. SIC 800242106, NIT. 800.242.106-2 - Carrera 68D Nº. 80-70, Bogotá, Tel.: 57-1-5460000 / FALABELLA DE COLOMBIA S.A., NIT.900.017.447-8 - Calle 99 No 11A - 32 , No. Reg. SIC: 900017447 - Bogotá - Tel.: 57-1-5878002 Nacional: 01-8000-113252. **- Perú:** Tiendas del Mejoramiento del Hogar S.A. RUC 20112273922. Av. Angamos Este Nro. 1805 Int. 2, Surquillo - Lima – Lima. Tel: 51-1-2119500 / SAGA FALABELLA S.A., RUC: 20100128056 , Av.Paseo de la República 3220,San Isidro,Lima - Tel.: 51-01-512-3333 / HIPERMERCADOS TOTTUS S.A., Av. Angamos Este 1805 , oficina 5 , Piso 10 , Surquillo , Lima - RUC. 20508565934 - Tel.: 51-01-513-335 - **Uruguay:** Homecenter Sodimac S.A., RUT 21.699.665 0015 - Plaza Independencia 811, Montevideo, Uruguay - Tel.: 598-2604-7105
México: COMERCIALIZADORA SDMHC S.A. de C.V. Avenida Adolfo Lopez Mateos 201, Colonia Santa Cruz Acatlan, Naucalpan De Juarez, Estado de México, C.P. 53150. RFC CSD161207R2A, Tel.: +52 55 5375 9000.

BauKer.®

INSTRUCTION MANUAL
MANUAL DE INSTRUCCIONES
MANUAL DE INSTRUÇÕES

IMPACT DRILL 3/8 " (10 mm)
TALADRO PERCUTOR 3/8 " (10 mm)
FURADEIRA DE IMPACTO 3/8 " (10 mm)
MODELO ID600E 90



IMAGEN/IMAGEM MERAMENTE ILUSTRATIVA



ADVERTENCIA: Para reducir el riesgo de lesión, el usuario debe leer este manual de instrucciones.
El uso de esta herramienta puede ser peligroso. Utilice siempre equipo de seguridad. Mantenga una distancia de seguridad adecuada. Mantener fuera del alcance de los niños.

ADVERTÊNCIA: Para reduzir o risco de lesão, o usuário deve ler o mnanual de instruções.
O uso desta ferramenta pode ser perigoso. Sempre use equipamentos de segurança. Manter um distância de segurança adequada. Manter fora do alcance de crianças.

WARNING: To reduce the risk of injury, user must read this instruction manual.
The use of this tool can be dangerous. Always use safety equipment. Maintain an adequate safety distance. Keep out of the reach of children.

ESPAÑOL/PORTUGUÉS/INGLÉS

3 AÑOS / ANOS GARANTÍA / GARANTIA

YEARS WARRANTY

Descripción técnica

TALADRO PERCUTOR 3/8 ” (10 mm)

Modelo	ID600E 90
Potencia nominal	600 W
Capacidad mandril	3/8 ” (10 mm)
Tipo encendido	Gatillo con velocidad regulable
RPM vacío	0 r/min (RPM) - 3 000 r/min (RPM)
Montaje motor	Rodamiento
Tipo de giro	Reversible
Tipo de perforación	Percutor y Perforación
Uso	Hobby

Voltaje / Tensión - Frecuencia de entrada

País	Voltaje / Tensión	Frecuencia	Ficha Enchufe
Chile	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Colombia	110 V~	60 Hz	
Perú	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Argentina	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Uruguay	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Brasil 220	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Brasil 110	110 V~	60 Hz	
México	110 V~	60 Hz	

NOTA: Los detalles y especificaciones aquí contenidos, son los considerados correctos al momento de imprimir esta información. No obstante, el fabricante se reserva el derecho de cambiar la información técnica sin aviso previo.

Descripción
de las piezas

ATENCIÓN

- Siempre use lentes de seguridad
- Siempre use proteción anti ruido
- Siempre use máscara anti polvo
- Siempre use zapatos de seguridad



1. Mandril 3/8 " (10 mm)
2. Switch percutor - perforador
3. Switch para dirección de giro
4. Gatillo con velocidad regulable
5. Botón de presión permanente
6. Llave de mandril
7. Mango de apoyo

ADVERTENCIA: Para reducir el riesgo de lesión, el usuario debe leer este manual de instrucciones.

Instrucciones
generales de seguridad para herramientas eléctricas

ADVERTENCIA: Lea cuidadosamente todas las instrucciones.
Si omite el cumplimiento de las instrucciones dadas a continuación, puede sufrir una descarga eléctrica u ocasionar fuego y/o lesiones personales. Conserve todas las advertencias e instrucciones para una futura referencia. La expresión “herramienta eléctrica” en todas las advertencias listadas más abajo, se refiere tanto a las herramientas operadas con cable como también a aquellas operadas a baterías (inalámbricas).
Este aparato no se destina para utilizarse por personas (incluyendo niños) cuyas capacidades físicas, sensoriales o mentales sean diferentes o estén reducidas, o carezan de experiencia o conocimiento, a menos que dichas personas reciban una supervisión o capacitación para el funcionamiento del aparato por una pesona responsable de su seguridad.

Los niños deben supervisarse para asegurar que ellos no emplen los aparatos como juguete.

Área de trabajo

A. Siempre mantenga el área de trabajo limpia y bien iluminada. Las áreas desordenadas y oscuras pueden provocar accidentes.

B. No use herramientas eléctricas donde exista riesgo de causar explosión, por ejemplo, en presencia de líquidos inflamables, gases o polvo. Las herramientas eléctricas generan chispas que pueden encender el polvo o los gases.

C. Mantenga tanto a niños como a transeúntes y espectadores lejos mientras opere una herramienta eléctrica. Las distracciones pueden causar que el operador pierda el control de la herramienta.

Seguridad eléctrica

A. Los enchufes de las herramientas eléctricas, deben ser coincidentes con la toma eléctrica. Jamás modifique el enchufe de manera alguna. No use adaptador de enchufe con herramientas eléctricas que requieran conexión a tierra. Los enchufes sin modificar y las tomas eléctricas coincidentes, reducirán el riesgo de una descarga eléctrica.

B. Evite el contacto del cuerpo con superficies cimentadas o con conexión a tierra, tales como tubos, radiadores, estanterías y refrigeradores. Hay un incremento de riesgo de descarga eléctrica, si su cuerpo es conectado a tierra.

C. Jamás exponga las herramientas eléctricas a la lluvia o a condiciones de humedad. El agua que penetra al interior de una herramienta aumentará el riesgo de una descarga eléctrica.

D. No haga mal uso del cable. Jamás traslade la herramienta tomándola por el cable como tampoco debe tirar bruscamente de él para desconectar la herramienta de la toma eléctrica. Mantenga el cable siempre lejos del calor, aceite, bordes filosos o piezas móviles. Los cables dañados o enredados, incrementarán el riesgo de una descarga eléctrica.

E. Cuando opere una herramienta eléctrica diseñada para exteriores, sólo use cables de extensión eléctrica diseñados para uso exterior. El uso de este tipo de cables, diseñados para el uso exterior, reduce el riesgo de descarga eléctrica.

IMPORTANTE: Si el cordón de alimentación es dañado, éste debe sustituirse por el fabricante, por su agente de servicio autorizado o por personal calificado con el fin de evitar un peligro.

Seguridad personal

A. Manténgase alerta, siempre mire lo que está haciendo y use el sentido común cuando opere una herramienta eléctrica. No use una herramienta eléctrica mientras esté cansado o bajo la influencia de drogas, alcohol o medicamentos. Un momento de descuido, mientras la opera, puede causar lesiones personales serias.

B. Use equipo de seguridad. Siempre use lentes de protección. Equipamiento de seguridad tal como máscara para polvo, zapatos de seguridad antideslizantes, casco y protectores auditivos, los cuales, usados adecuadamente, reducirán las lesiones personales.

C. Evite el encendido fortuito. Asegúrese que el interruptor de encendido se encuentre en posición apagado antes de enchufar el artefacto, sobre todo con máquinas como ésta, que cuentan con botón de funcionamiento permanente. Transportar herramientas eléctricas con su dedo en el interruptor, aumenta el riesgo de accidentes.

D. Quite cualquier llave o herramienta de regulación antes de encender la herramienta eléctrica. Una herramienta o llave que se deje junto a una pieza rotatoria de la herramienta eléctrica, puede ocasionar lesiones personales.

E. No se extralimite. Mantenga los pies en forma adecuada y equilibrados en todo momento. Esto permite un mejor control de la herramienta eléctrica en situaciones inesperadas.

F. Vístase apropiadamente. No use ropa holgada o joyas. Mantenga su pelo, ropa y guantes, lejos de piezas móviles. La ropa suelta, joyas o pelo largo, pueden engancharse en las piezas móviles.

G. Si son suministrados dispositivos de conexión para la extracción del polvo e instalaciones de recolección, asegúrese de que ellos estén correctamente conectados y de que sean usados en forma adecuada. El uso de estos dispositivos puede reducir los riesgos relacionados con el polvo.

Mantención cuidadosa de las herramientas eléctricas

A. Jamás fuerce la herramienta eléctrica. Siempre use la herramienta eléctrica correcta, de acuerdo a la aplicación requerida. El usuario, trabajará de manera más segura y mejor con la herramienta eléctrica adecuada, en un área específica de aplicación.

B. Jamás use un artefacto que tenga el interruptor de encendido/apagado, defectuoso. Una herramienta eléctrica que no pueda ser encendida ni apagada, es peligrosa y debe ser reparada sólo por el servicio técnico autorizado.

C. Desconecte el enchufe de la toma eléctrica antes de hacer cualquier ajuste, cambio de accesorios o almacenar cualquier herramienta eléctrica. Tales medidas de seguridad preventivas, reducen el riesgo de encender la herramienta eléctrica accidentalmente.

D. Guarde las herramientas eléctricas sin uso lejos del alcance de los niños y jamás permita que aquellas personas que no estén familiarizadas con las herramientas o con estas instrucciones, puedan operar esta máquina. Las herramientas eléctricas son peligrosas en manos de aquellos usuarios no adiestrados en su uso.

E. Mantención de las herramientas eléctricas. Revise cualquier mala alineación o unión de piezas móviles, avería de piezas y cualquier otra condición que pueda afectar la operación normal de las herramientas eléctricas. Si la herramienta está dañada debe ser reparada, sólo por su servicio técnico autorizado antes de ser usada. Muchos accidentes son causados por una pobre mantención de las herramientas eléctricas.

F. Mantenga las herramientas de corte filosas y limpias. Las herramientas de corte mantenidas apropiadamente, con los bordes de corte correctamente afilados, están menos propensas a atascarse y son más fáciles de controlar.

G. Use la herramienta eléctrica, accesorios y brocas, etc., de acuerdo con las instrucciones suministradas teniendo en cuenta las condiciones de trabajo y el trabajo a ser desarrollado. El uso de las herramientas eléctricas para un propósito diferente para el cual fueron diseñadas, puede provocar una situación peligrosa.

Instrucciones de seguridad específicas para el taladro percutor

- Aseguresee antes de enchufar la maquina, que la red eléctrica es adecuada según corresponda.

- Verifique siempre que la broca instalada esté bien unida al mandril, para ello use la llave del mandril incluida para hacer la presión requerida.

- Trabaje siempre con los elementos de seguridad adecuados (guantes, gafas, zapatos, casco y vestimenta correspondiente). Recuerde que cuando trabaje con metal se pueden producir chispas que pueden provocar quemaduras.

- Evite trabajar con materiales inflamables en la cercanía.

- No presione demasiado la broca sobre la superficie ni ejerza cargas lateral.

- Mantenga cerca un extintor, recuerde que las chispas producidas pueden ser causantes de fuego.

- Al cambiar las brocas desconecte el equipo de la red eléctrica a fin de evitar que éste se accione repentinamente, ocasionando lesiones.

- Si debe usar una extensión, use una adecuada, según su longitud. Menos de 5 metros. Debe ser de sección 0.75 mm^2, más de 5 metros utilice un extensor certificado de sección 1.0 mm^2, evite las bajas de tensiones que pueden provocar el sobrecalentamiento de la herramienta.

Servicio

Asegúrese de que la mantención y/o reparación de la herramienta eléctrica, sea hecho sólo por su servicio técnico autorizado y usando sólo repuestos originales. Esto garantizará su seguridad y la de esta herramienta.

Instrucciones de uso
del taladro percutor

Instalación y puesta en marcha

Al retirar el taladro de su embalaje, verifique que se encuentren todas sus partes y piezas: taladro, llave del mandril y juego de carbones de repueste. Si falta alguno de ellos, dirijase inmediatamente con el grupo completo y su comprobante de compra al lugar donde lo adquirió.

Inversor de giro

Gire la palanca para seleccionar el sentido de giro, (→) indica derecha y (←) indica izquierda.





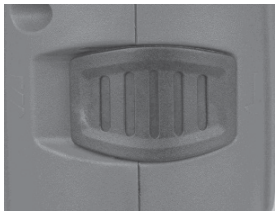
Velocidad regulable

Gire la perilla para aumentar o disminuir el nivel máximo de velocidad de giro



Percutor / Perforación

Deslice hacie la derecha si desea perforar en concreto (Percutor) o a la izquierda si desea perforar madera o metar

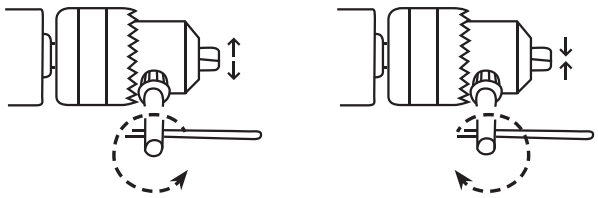


NUNCA: mueva el inversor de giro ni el switch de percusión con el taladro funcionando, pues puede ocasionar que los engranajes se quiebren por la alta velocidad de giro del equipo. Espere a que el mandril se detenga completamente para efectuar el cambio deseado.

Antes de operar
el taladro percutor

Apoye el taladro sobre una superficie antes de conectarlo a la red eléctrica y:

- Ubique la llave del mandril en la caja o el producto.
- Conecte la llave en uno de los tres agujeros del mandril. Gire en sentido contra horario para abrir las mordazas del mandril. Estas mordazas mantendrán la broca centrada.
- Ponga la broca entre las mordazas ya abiertas, hasta que tope en el fondo del mandril.
- Cierre las mordazas hasta que éstas aseguren firmemente la broca. Asegurese girando la llave en sentido horario.
- Una vez que el mandril y la broca estén preparador, chequee que el swithc esta en la posición OFF (apagado) y el sentido de rotación hacia la derecha. Después puede enchufar el taladro a la red eléctrica y operarlo.



PROTECCIÓN DEL MEDIOAMBIENTE

Información para la eliminación ambientalmente responsable de residuos de equipos eléctricos y electrónicos (RAEE), para los usuarios particulares.



Este símbolo en los productos o los documentos que los acompañan indica que los equipos eléctricos y electrónicos usados o que han alcanzado el fin de su vida útil no deben eliminarse con los residuos domésticos. Para la eliminación, el tratamiento, la recuperación y el reciclaje adecuados, lleve estos productos a los puntos de acopio designados, donde serán aceptados de forma gratuita. También es posible que en algunos países pueda devolver sus productos a su distribuidor al comprar un producto nuevo equivalente. Eliminar correctamente este producto ayudará a ahorrar recursos valiosos y a evitar cualquier efecto adverso sobre la salud humana y el medio ambiente que pudiera producirse por la eliminación y manipulación inadecuada de los desechos. Contacte a su autoridad local para obtener más detalles sobre el centro de acopio más cercano. Pueden aplicarse sanciones por la eliminación incorrecta de estos residuos de conformidad con la legislación local.
Si desea deshacerse de este producto, contacte a las autoridades locales o al distribuidor y pida información sobre el método correcto de eliminación.

SÍMBOLOS

La placa de características de su herramienta puede contener algunos símbolos. Estos representan información importante sobre el producto o instrucciones sobre su uso.



Use protección auditiva
Use protección para los ojos
Use protección respiratoria



Cumple con las normas de seguridad



Lea el manual de instrucciones



El producto cumple con los requisitos de RoHs



Advertencia general



Los productos eléctricos y electrónicos no deben eliminarse con la basura doméstica.
Recicle en las instalaciones correspondientes.
Consulte a su autoridad local o al distribuidor para obtener información sobre el reciclaje.

Garantía
y servicio técnico

Gracias por escoger este producto

Herramientas BAUKER: 3 Años de Garantía

• Nuestros equipos han sido sometidos a pruebas precisas y están cubiertos por una garantía de fabricación de acuerdo a las normas vigentes.
• Esta garantía tiene vigencia a partir de la fecha de compra del producto.

POR FAVOR, GUARDE SU COMPROBANTE DE COMPRA

• Si este producto presenta una falla dentro del periodo de garantía, diríjase al SST autorizado.
• Incluya su comprobante de compra original, detalle de las fallas, su nombre y dirección, lugar y fecha de compra. El fabricante no efectuará reembolso. Todo producto deberá estar adecuadamente limpio, seguro y embalado cuidadosamente para prevenir daños o lesiones durante el transporte. El fabricante podrá rechazar los despachos poco apropiados o inseguros.
• Debe facilitar el comprobante de compra antes de llevar a cabo cualquier trabajo de reparación o mantención.
• Todos los trabajos deben ser llevados a cabo sólo por servicio técnico autorizado.
• Cualquier pieza que sea reemplazada dentro de la garantía, será propiedad del servicio técnico autorizado y no será devuelta.
• La reparación o reemplazo del producto no extenderá el periodo de garantía.
• La reparación o reemplazo de su producto bajo garantía le otorga beneficios adicionales y que no afectan sus derechos como consumidor establecidos en la ley.

Lo que cubre la garantía:

Las reparaciones cubiertas por la garantía deben cumplir las siguientes condiciones:
• Que los defectos sean atribuibles a fallos o defectos en los materiales o la manufactura. Si cualquier pieza ya no está disponible o está descontinuada, el fabricante la reemplazará con una pieza alternativa y funcional, dentro del período de garantía.
• Que las instrucciones de este manual se hayan observado completamente.
• Que la reparación no haya sido realizada o intentada por personas ajenas al servicio técnico autorizado.
• Que se hayan utilizado únicamente accesorios originales
• Que el producto no se haya expuesto a malos usos tales como golpes, abolladuras o a ambientes dañinos para la máquina

Lo que no cubre la garantía:

El fabricante no garantiza la reparación requerida como resultado de:
• El desgaste de partes y/o componentes debido a la operación normal del equipo.
• Daños accidentales causados por el transporte, uso negligente y operación inadecuada, consecuentes de un uso o una instalación erróneos o impropios, que no observen las advertencias expuestas en el manual de instrucciones.
• Cambio o modificación del producto en cualquier forma.
• El uso de partes y accesorios distintos de los originales del fabricante.
• Instalación defectuosa.
• Reparaciones o alteraciones llevadas a cabo por un servicio técnico o persona no autorizadas.

Este equipo está diseñado para un uso PROFESIONAL y para otro tipo de actividades domésticas normales. Por lo tanto, la garantía NO CUBRIRÁ usos diferentes al especificado. El fabricante declina toda responsabilidad por eventuales daños a personas u objetos materiales causados por una mala instalación o por un uso incorrecto del equipo.

Por cualquier reclamo o desperfecto diríjase a la tienda Sodimac donde adquirió el producto junto con su comprobante de compra. Nuestro servicio de post-venta lo asistirá con gusto.

Especificações técnicas

FURADEIRA DE IMPACTO 3/8 ” (10 mm)

Modelo	ID600E 90
Potência Nominal Absorvida	600 W
Capacidade do Mandril	3/8 ” (10 mm)
Tipo de Ligação	Gatilho com ajuste da velocidade
RPM. sem carga	0 r/min (RPM) - 3 000 r/min (RPM)
Montagem Motor	Rolamento
Tipo de Rotação	Reversível
Tipo de Furação	De impacto e furação
Uso	Hobby

Voltagem / Tension - frequência de entrada

País	Voltagem / Tension	frequência	Ficha Tomada
Chile	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Colombia	110 V~	60 Hz	
Perú	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Argentina	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Uruguay	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Brasil 220	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Brasil 110	110 V~	60 Hz	
México	110 V~	60 Hz	

NOTA: Estas especificações técnicas são consideradas corretas ao imprimir o manual de uso. Entretanto, o fabricante reserva-se o direito de realizar qualquer alteração sem aviso prévio.

Descrição
dos componentes

ATENÇÃO

- Use sempre lentes de segurança
- Use sempre protetor anti barulho
- Use sempre máscara anti poeira
- Use sempre sapatos de segurança



1. Mandril 3/8 " (10 mm)
2. Seletor de impacto – furador
3. Seletor de reversão da rotação
4. Gatilho para ajuste da velocidade
5. Botão de trava da pressão
6. Chave do mandril
7. Empunhadeira auxiliar

ADVERTÊNCIA: Para reduzir o risco de lesão, o usuário deve ler o mnanual de instruções.

Instruções
de segurança para ferramentas elétricas

Advertência! Leia atentamente todas as instruções. O descumprimento das instruções detalhadas abaixo pode resultar em choques elétricos, incêndios ou ferimentos. Conserve todas as advertências e instruções para futuras consultas.
O termo "ferramenta elétrica" se refere, e todas as advertências, às ferramentas que funcionam mediante redes elétricas bem como às ferramentas sem fio, operadas a bateria.
Este dispositivo não se destina a ser utilizado por pessoas (incluindo crianças) cujas capacidades físicas, sensoriais ou mentais sejam diferentes ou reduzidas, ou careçam de experiência ou conhecimento, a menos que essas pessoas recebam supervisão ou treinamento para a operação do dispositivo por um pessoa responsável pela sua segurança.

As crianças devem ser supervisionadas para garantir que não usem dispositivos como brinquedos.

Área de trabalho

A. Mantenha a área de trabalho limpa e bem iluminada. Desordem ou áreas de trabalho pouco iluminadas podem causar acidentes.

B. Não use ferramentas elétricas em ambientes com risco de explosão, onde se encontram líquidos, gases ou pós inflamáveis. As ferramentas elétricas geram faíscas que podem inflamar pós ou vapores.

C. Mantenha crianças e outras pessoas afastadas da ferramenta elétrica durante o seu uso. Caso ocorra uma distração do operador, é possível que ele perca o controle sobre a ferramenta.

Segurança elétrica

A. O plugue da ferramenta elétrica deve encaixar completamente na tomada. Não modifique o plugue de maneira alguma. Não utilize adaptadores em ferramentas elétricas protegidas por ligação terra. Plugues padronizados e tomadas apropriadas reduzem o risco de choques elétricos.

B. Evite que seu corpo entre em contato direto com superfícies ligadas a terra, como tubos, refrigeradores e aquecedores. Existe elevado risco de choque elétrico quando alguma parte do corpo está em contato direto com a terra.

C. Mantenha o aparelho afastado de chuva ou umidade. Infiltração de água numa ferramenta elétrica aumenta o risco de choque elétrico.

D. Não utilize o cabo da ferramenta para transportar, pendurar ou desconectar o plugue da tomada. Mantenha o cabo afastado de calor, óleo, áreas cortantes ou partes do aparelho em movimento. Cabos danificados aumentam o risco de choque elétrico.

E. Ao trabalhar com a ferramenta elétrica ao ar livre, utilize cabos de extensão apropriados. A utilização desses cabos reduz o risco de choque elétrico.

IMPORTANTE: Se o cabo de alimentação da ferramenta estiver danificado, este deverá ser substituído por um cabo preparado especialmente, disponível mediante a assistência técnica autorizada. Não tente operar ferramentas em más condições.

Segurança pessoal

• Esteja atento, observe o que você está fazendo e tenha prudência ao trabalhar com ferramentas elétricas. Não utilize ferramentas elétricas quando estiver cansado, sob influência de drogas, álcool ou medicamentos. Um pequeno momento de descuido ao utilizar ferramentas elétricas pode levar a lesões graves.

• Ao utilizar ferramentas elétricas, use equipamentos de proteção como máscaras de proteção contra poeira, sapatos de segurança antiderrapantes, capacete de segurança, protetor auricular e óculos de proteção, de acordo com o tipo de aplicação da ferramenta elétrica, para reduzir os riscos de acidentes.

• Evite o funcionamento involuntário das ferramentas elétricas. Certifique-se de que a ferramenta esteja desligada antes de conectá-la à rede, bem como antes de levantá-la ou transportá-la. Transportar a ferramenta com o dedo no interruptor pode gerar acidentes.

• Remova chaves de regulagem ou de aperto antes de ligar a ferramenta elétrica. Chaves fixadas a partes móveis que possuem movimento de rotação podem resultar em graves acidentes.

• Não trabalhe em posições anormais. Mantenha sempre o equilíbrio e a firmeza durante a utilização de ferramentas elétricas. Isso gera maior controle durante situações inesperadas de uso.

• Utilize roupas apropriadas. Não use roupas largas nem joias ou relógios. Mantenha cabelos, roupas e luvas afastadas das partes em movimento da ferramenta. Roupas largas, cabelos compridos, joias e relógios podem vir a se prender nas partes em movimento da ferramenta elétrica.

• Se as ferramentas possuírem acessórios especiais para aspiração ou coleta de poeira, assegure-se de que estejam devidamente fixados. A utilização de equipamentos de coleta de poeira reduz o risco de inalação de pó.

Manutenção e cuidados de ferramentas elétricas

• Não sobrecarregue a ferramenta elétrica. Utilize o aparelho apropriado de acordo com a aplicação ou trabalho a ser desempenhado. A ferramenta correta fará um trabalho mais rápido e seguro na aplicação para a qual ela foi projetada.

• Não utilize uma ferramenta elétrica que possua o interruptor de liga/desliga defeituoso. Ferramentas que não podem ser controladas pelo interruptor representam perigo e devem ser reparadas pelo serviço técnico autorizado.

• Remova o plugue da tomada antes de fazer ajustes, montagens de acessórios ou até mesmo antes de guardar o equipamento. Essa medida evita o arranque involuntário e acidental da ferramenta.

• Armazene as ferramentas elétricas longe do alcance de crianças e pessoas que não estejam familiarizadas com o equipamento e com as instruções contidas neste manual. Ferramentas elétricas são perigosas quando utilizadas por pessoas inexperientes.

• Mantenha a ferramenta elétrica sempre em bom estado de uso. Verifique se existem desalinhamentos, peças emperradas ou quebradas que possam afetar o desempenho normal do equipamento. Se danificada, providencie a manutenção apropriada da ferramenta antes de seu uso. Mudos acidentes são causados por falta de manutenção da ferramenta.

• Mantenha as ferramentas de corte sempre limpas e afiadas. Peças em bom estado de utilização e bem afiadas emperram com menor frequência e podem ser utilizadas com maior facilidade.

• Utilize a ferramenta elétrica e seus acessórios conforme com as instruções de segurança contidas neste manual. Sempre avalie a tarefa a ser executada, considerando os aspectos e condições do ambiente de trabalho. O uso da ferramenta elétrica em outras finalidades para as quais elas não foram projetadas pode causar sérios acidentes. Precaução: Use as empunhaduras auxiliares. A perda do controle pode causar ferimentos.

Instruções de segurança específicas para a furadeira de impacto

- Certifique antes de ligar a ferramenta que a rede elétrica é apropriada segundo corresponda.
- Verifique sempre que a broca instalada esteja bem unida ao mandril, para isso utilize a chave do mandril incluída para fazer a pressão requerida.
- Trabalhe sempre com os elementos de segurança adequados (luvas, óculos, sapatos, capacete e vestimenta correspondente). Lembre-se que quando trabalhar com metal podem-se produzir faíscas que podem provocar queimaduras.
- Evite trabalhar perto de materiais inflamáveis.
- Não faça muita pressão com a broca na superfície nem faça carga lateral.
- Mantenha perto um extintor, lembre que as faíscas produzidas podem causar um incêndio.
- Quando trocar as brocas desconecte a ferramenta da rede elétrica para evitar que a ferramenta comece a funcionar repentinamente e provoque lesões.
- Se usar uma extensão, use uma adequada, segundo a longitude desta. Menos de 5 metros. Deve ser de secção 0.75 mm^2, mais de 5 metros use um extensor certificado de secção 1.0 mm^2, evite as baixas de tensões que podem provocar o sobreaquecimento da ferramenta.

Serviço de manutenção

A sua ferramenta elétrica deve ser reparada apenas por pessoal especializado. Utilize sempre peças originais. Isso assegura que a segurança de seu equipamento seja mantida.

Instruções de uso
da furadeira de impacto

Instalação e ligação

Quando retirar da embalagem, verifique que estejam todas as partes e peças: Furadeira, Chave do mandril e kit de repostos. Se faltar alguma peça, dirija-se imediatamente com o produto completo e seu comprovante de compra no lugar onde o adquiriu.

Inversor da Rotação

Mova a alavanca para selecionar o sentido da rotação, (→) indica direita e (←) indica esquerda.





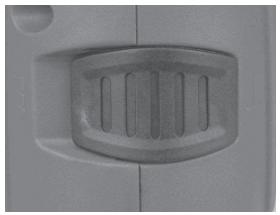
Velocidade ajustável

Gire o controle para aumentar ou diminuir o nível máximo de velocidade de giro.



Furar com impacto/Furação

Deslize para a direita se quiser furar em concreto (furação de impacto) ou para a esquerda se quiser furar madeira ou metal.

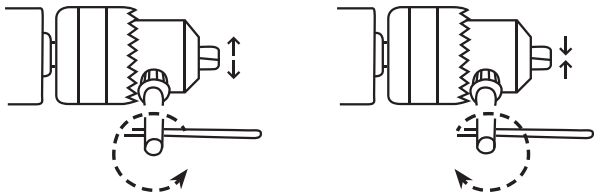


NUNCA: mova o Inversor da Rotação nem o Seletor de Furação quando a furadeira estiver ligada, pode provocar a quebra da engrenagem por causa da alta velocidade do giro da ferramenta. Espere que o mandril estiver totalmente parado para efetuar a mudança desejada.

Antes de operar
a furadeira de impacto

Apoie a furadeira sobre uma superfície antes de conectá-la à rede elétrica e:

- Coloque a chave do mandril na caixa ou o produto.
- Conecte a chave em um dos três buracos do mandril. Gire no sentido contrario aos ponteiros do relógio para abrir as mordaças do mandril. Estas mordaças mantêm a broca centrada.
- Coloque a broca entre as mordaças abertas até chegar ao fundo do mandril.
- Feche as mordaças até que assegurem a broca com firmeza. Certifique girando a chave no sentido dos ponteiros do relógio.
- Uma vez que o mandril e a broca estejam prontos, certifique que o seletor esteja na posição OFF (desligado) e no sentido de rotação para a direita. Depois pode ligar a furadeira na rede elétrica e usá-la.



PROTEÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Informações para o descarte ambientalmente responsável de resíduos de aparelhos elétricos e eletrônicos, para usuários particulares.



Este símbolo, utilizado nos aparelhos e nos documentos que acompanham estes produtos, indica que os equipamentos elétricos e eletrônicos usados, e cuja vida útil esgotou, não devem ser descartados junto com lixo doméstico. Para uma eliminação, tratamento, recuperação e reciclagem adequados, dirija-se com estes produtos a centros de reciclagem disponíveis, onde serão coletados gratuitamente. Em alguns países, estes resíduos podem ser devolvidos ao comprar um produto novo equivalente. O descarte correto deste produto ajudará a reutilizar recursos valiosos e evitará qualquer efeito adverso na saúde humana e no meio ambiente. Para mais informações sobre os sistemas de reciclagem disponíveis, entre em contato com as autoridades locais. Algumas sanções podem ser aplicadas no caso do descarte incorreto de resíduos, em conformidade com as regulações locais.

Para descartar corretamente este produto, entre em contato com as autoridades locais e solicite informações sobre o método correto de eliminação.

SÍMBOLOS

A etiqueta com as especificações da ferramenta pode incluir alguns símbolos que representam informações importantes sobre o produto ou instruções sobre o seu uso.



Use protetores auditivos
Use óculos de segurança
Use proteção respiratória



Cumpre as normas de segurança



Leia o manual de instruções



O produto cumpre as exigências da RoHs



Advertência geral



Os produtos elétricos e eletrônicos não devem ser descartados junto com lixo doméstico.
Recicle o produto nos centros disponíveis.
Para mais informações sobre a reciclagem do produto, entre em contato com as autoridades locais ou com o vendedor.

Garantia
e serviço técnico

Obrigado por escolher este produto.

Ferramentas BAUKER: 3 anos de garantia

• Os nossos produtos são testados por meio de procedimentos precisos e possuem garantia de fabricação, em conformidade com as normas vigentes.
• Esta garantia tem vigência a partir da data de compra do produto.

POR FAVOR, GUARDE SEU COMPROVANTE DE COMPRA.

• Se este produto apresentar uma falha dentro do período de garantia, dirija-se ao Serviço de Assistência Técnico autorizado.
• Inclua seu comprovante de compra original, o detalhamento das falhas, seu nome e endereço, lugar e data de compra do produto. O fabricante não efetuará reembolso. Todo produto deverá estar adequadamente limpo, seguro e embalado cuidadosamente para evitar danos ou lesões durante seu transporte. O fabricante poderá recusar os envios pouco apropriados ou inseguros.
• Apresente o comprovante de compra ao solicitar qualquer tipo de trabalho de reparação ou de manutenção em seu produto.
• Todos os trabalhos devem ser realizados somente pelo Serviço Técnico Autorizado.
• Qualquer peça substituída dentro da garantia será de propriedade do Serviço Técnico Autorizado, e não será devolvida.
• A reparação ou substituição do produto não estenderá o período de sua garantia.
• A reparação ou substituição de seu produto dentro do período de garantia lhe outorga benefícios adicionais e que não afetam seus direitos como consumidor estabelecidos por lei.

O que cobre a garantia:

Os reparos cobertos pela garantia serão realizados sob as seguintes condições:
• Que os defeitos sejam associados à fadiga de material ou defeitos de fabricação. Se qualquer peça já não estiver disponível ou se já estiver esgotada, o fabricante fará a devida substituição por uma peça alternativa e funcional, dentro do período de garantia.
• Que todas as instruções deste manual sejam cumpridas.
• Que o reparo não tenha sido realizado por pessoal não autorizado.
• Que a ferramenta tenha sido usada apenas com acessórios originais.
• Que o produto não tenha sofrido impactos causados por ambientes inapropriados para o seu uso.

O que não cobre a garantia:

O fabricante não garante a reparação requerida como resultado de:
• Desgaste de peças e/ou componentes devido ao uso normal da ferramenta.
• Danos acidentais causados pelo transporte, uso e instalação negligente e descuidada da ferramenta, descumprindo as advertências indicadas no manual de instruções.
• Qualquer modificação do produto.
• Uso de partes e acessórios adulterados.
• Instalação defeituosa.
• Reparações ou alterações feitas por um serviço técnico ou pessoa não autorizada.

Esta ferramenta foi projetada para uso PROFISSIONAL e para outro tipo de atividades domésticas normais. Portanto, a garantia NÃO COBRE danos causados por outros tipos de uso. O fabricante não se responsabilizará por danos materiais ou lesões corporais causadas por uma instalação inapropriada ou um uso incorreto do aparelho.
Para qualquer reclamação por desperfeito do produto, dirija-se à loja Sodimac onde o produto foi adquirido e apresente o comprovante de compra. O nosso serviço de pós-venda terá o prazer de lhe atender.

Technical description

IMPACT DRILL 3/8 " (10 mm)

Model	ID600E 90
Maximum Power	600 W
Mandrel Capacity	3/8 " (10 mm)
Ignition Type	Trigger with adjustable speed
RPM Empty	0 r/min (RPM) - 3 000 r/min (RPM)
Motor assembly	Bearing
Turning Type	Reversible
Drilling Type	Striker and Driller
Use	Hobby

Voltage / Tension - Input frequency

Country	Voltage / Tension	Frequency	Plug
Chile	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Colombia	110 V~	60 Hz	
Perú	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Argentina	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Uruguay	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Brasil 220	220 V ~ - 240 V ~	50 Hz / 60 Hz	
Brasil 110	110 V~	60 Hz	
México	110 V~	60 Hz	

NOTE: The details and specifications contained herein are considered correct at the time this information is printed. However, the manufacturer reserves the right to change technical information without prior notice.

Parts description



2. Striker and Driller Switch

1. Mandrel 3/8 " (10 mm)

3. Direction of Rotation Switch

5. Permanent pressure button

7. Auxiliary Handle

6. Mandrel Key

4. Trigger with adjustable speed

ATTENTION

- Always wear safety glasses
- Always wear hearing protection
- Always wear breathing apparatus
- Always wear safety footgear

WARNING: To reduce the risk of injury, user must read this instruction manual.

General safety
rules for use electric tools

WARNING! Read and understand carefully these instructions. Failure to follow all instructions listed below may result in electric shock, fire and/or serious injury. Save these instructions for further references. The term 'power tool' in all of the warnings listed below refers to your mains-operated (corded) power tool or battery-operated (cordless) power tool.

This device is not intended for use by persons (including children) with reduced physical, sensory or mental capabilities, or lack of experience and knowledge, unless they have been given supervision or instruction concerning use of the machine by a person responsible for their safety.

Work area

A) Keep work area clean and well lit. Cluttered dark areas invite accidents

B) Do not operate power tools in explosive atmospheres, such as in the presence of flammable liquids, gases and dust. Power tools create sparks, which may ignite the dust of fumes.

C) Keep children and bystanders away while operating a power tool. Distractions can cause you to lose control

Electrical safety

A)Power tool plugs must match the outlet. Never modify the plug in any way. Do not use any adapter plugs with earthed (grounded) power tools. Unmodified plugs and matching outlets will reduce risk of electric shock.

B) Avoid body contact with earthed or grounded surfaces such a pipes, radiators, ranges and refrigerators. There is an increased risk of electric shock if your body is earthed or grounded.

C) Do not expose power tools to rain or wet conditions. Water entering in a power tool will increase the risk of electric shock.

D) Do not abuse the cord. Never use the cord for carrying, pulling or unplugging the power tool. Keep cord away from heat, oil, sharp edges of moving parts. Damaged or entangled cords increase the risk of electric shock.

E) When operating a power tool outdoors, use an extension cord suitable for outdoor use. Use of a cord suitable for outdoors reduces the risk of electric shock.

IMPORTANT: If the power cord of this tool is damaged, it must be replaced by a prepared cable, especially available from the authorized service organization. Do not attempt to operate power tools in poor condition.

Personal Safety

A) Stay alert, watch what you are doing and use common sense when operating a power tool. Do not use a power tool while you are tired of under the influence of drugs, alcohol or medication. A moment of inattention while operating power tools may result in serious personal injury.

B) Use safety equipment. Safety equipment such as dust mask, non-skid safety shoes, hard hat or hearing protection used for appropriate conditions will reduce personal injuries.

C) Avoid accidental starting. Ensure the switch is in the off-position before plugging in. Carrying power tools with your finger on the switch or plugging in power tools that have the switch on invites accidents.

D) Remove any adjusting key or wrench before turning the power tool on. A wrench or a key left attached to a rotating part of the power tool may result in personal injury.

E) Do not overreach. Keep proper footing balance at all times. This enables better control of the power tool in unexpected situations.

F) Dress properly. Do not wear loose clothing or jewelry. Keep your hair, clothing and gloves away from moving parts. Loose clothes, jewelry or long hair can be caught in moving parts.

G) If devices are provided for the connection of dust extraction and collection facilities, ensure these are connected and properly used. Use of these devices can reduce dust-related hazards.

Power tool use and care

A) Do not force the power tool. Use the correct power tool for your application. The correct power tool will do the job better and safer at the rate for which it was designed.

B) Do not use the power tool if the switch does not turn it on and off. Any power tool that cannot be controlled with the switch is dangerous and must be repaired.

C) Disconnect the plug form the power source and/or battery pack from the power tool before making any adjustments, changing accessories, or storing power tools. Such preventive safety measures reduce the risk of starting the power tool accidentally.

D) Store idle power tools out of the reach of children and do not allow persons unfamiliar
with the power tool or these instructions to operate the power tool. Power tools are dangerous in the hands of untrained users.

E) Maintain power tools. Check for misalignment or binding of moving parts, breakage of parts and any other condition that may affect the power tools operation. If damaged, have the power tool repaired before use. Many accidents are caused by poorly maintained power tools.

F) Keep cutting tools sharp and clean. Properly maintained cutting tools with sharp cutting edges are less likely to bind and are easier to control.

G) Use the power tool and accessories in accordance with these instructions and in the manner intended for the particular type of power tool, taking into account the working conditions and the work to be performed. Use of the power tool for operations different from those intended could result in a hazardous situation. Caution: Use the auxiliary handles provided in this tool. Lost control of the tool may cause personal injuries.

Specific rules for Blower

- Make sure to connect the tool to a safe electric net, with the same voltage indicated in the specification brand of the product.
- Always verify that the installed drill bit is well connected to the mandrel, for that use the provided mandrel key to give the required pressure.
- Always work with the adequate safety implements (gloves, goggles, shoes, helmet and relevant clothing). Remember that to work in metal, it produces sparks that may provoke burns.
- Avoid work with flammable material in closeness.
- Do not press to much the drill bit over the surface and do not push lateral loads.
- Keep close a fire extinguisher; remember that the sparks may cause fire.
- To change drill bits, is recommended that disconnect the tool from the inlet avoiding unexpected starts, causing injuries.

If you need use a cord extension, use an adequate extension, accord to the length of it.
- Less than 5 meters, it must be of 0.75 mm^2 section. Over 5 meters, use a certified extension of 1.0 mm^2 section. Avoid low voltages that may provoke overheating of the tool.

Service

Assure that the maintenance and repair of your power tool by a qualified repair person using only identical replacement parts. This will ensure that the safety of the power tool is maintained.

Using instructions
of the impact drill

Installation and start up

Before unpacking the driller, verify that account with all its parts and pieces: Driller, Mandrel Key, replacement coal kit. If any of it is missing, go immediately with the entire product and purchase receipt where it was originally bought.

Rotating inverter

Turn the handle to select the rotating side, (→)indicates Right and (←)Left.





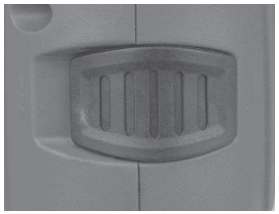
Speed controller

Turn the knob to increase or decrease the maximum rotating speed



Striker / Driller

Slip to the right if you want to strike in concrete (striker) of to the left if you want to strike wood or metal.

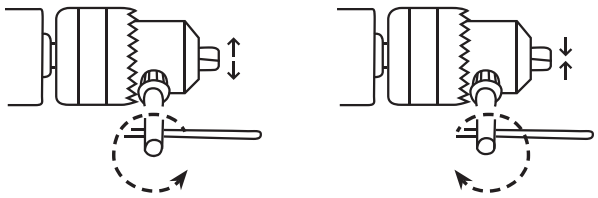


NEVER: use the rotating inverter neither the striker switch with the driller running since it may cause the gears breaks with the high speed of the tool. Wait until the mandrel completely stops to realize the wished change.

Before operating
the impact drill

Always be sure you have a firm footing. Put the driller over a surface before plug into an inlet.

1. Store the mandrel key attached to the tool or in the box.
2. Connect the key in one of the three holes of the mandrel. Turn anticlockwise to open the clamps of the mandrel. These clamps keep the drill bit centered.
3. Put the drill bit between the open clamps until stop in the bottom of the mandrel.
4. Hold the back of the mandrel firmly. Close the clamps until these assure firmly the drill bit. Assure with a squeeze turning the key clockwise.
5. Once the mandrel and the drill bit are prepared, check that the switch is in the OFF position and in the rotating side to right. After that you can plug the driller to the inlet and operate.



ENVIRONMENTAL PROTECTION

Information for the environmentally responsible disposal of electrical and electronic equipment waste (WEEE), for private users.



This symbol on the products or accompanying documents means that used electrical and electronic equipment should not be disposed of with general household waste.

For proper disposal, treatment, recovery and recycling, take these products to the designated collection points, where they will be accepted free of charge. Alternatively, in some countries, you may be able to return your products to your local retailer upon purchase of an equivalent new product. Disposing this product correctly will help to save valuable resources and prevent any potential negative effects on human health and the environment, which could otherwise arise from inappropriate waste handling and disposal. Please contact your local authorities for further details on your nearest designated collection point. Penalties may apply for the incorrect disposal of these wastes, in accordance with your local legislation.

If you wish to discard electrical and electronic equipment, please contact your local authorities or your retailer for information on the correct disposal method.

SYMBOLS

The data plate of your product may contain some symbols. They represent important information about the product or instructions for use.



Wear hearing protection
Wear eye protection
Wear respiratory protection



In compliance with safety standards



Read the instruction manual



The product is in compliance with RoHs



General warning



Electrical items and electronic devices should not be disposed of with household waste.
Recycle them in the corresponding facilities.
Contact your local authorities or distributor for information on recycling.

Warranty
and Service

Thank you for choosing this product

BAUKER tools: 3 years warranty

• Our equipment has been thoroughly tested and it is covered by a manufacturer's warranty, in accordance with current regulations.
• This warranty is valid from the date of purchase of the product.

PLEASE KEEP YOUR PURCHASE RECEIPT

• If the product fails within the warranty period, please contact an authorized SST (Sodimac Technical Service).
• Please, take the original purchase receipt with you, indicate details of failure(s), your name and address, and place and date of purchase. The manufacturer shall not make any refund. All products must be properly cleaned, secured and carefully packed to prevent damages or injuries during transportation. The manufacturer may reject inappropriate or unsafe shipping.
• You must provide your purchase receipt before any repairing or maintenance work is conducted.
• Any service must be carried out only by an authorized technical service.
• Any replaced part, as a result of the warranty, shall be property of the authorized technical service and shall not be returned.
• Repair or replacement of the product shall not extend the warranty period.
• Repair or replacement of your product under the warranty provides you additional benefits and do not affect your consumer rights set by law.

The warranty covers:

Repairs covered by the warranty must meet the following conditions:
• Defects must be attributable to faults or defects in the materials or manufacturing. If any part is no longer available or discontinued, the manufacturer will replace it with an alternative and functional part, within the warranty period.
• Instructions in this manual must have been fully observed.
• Repair cannot have been made or attempted by people other than the authorized technical service.
• Only original accessories must have been used
• The product cannot have been exposed to improper use such as bumps, dents, etc., or damaging environments

The warranty does not cover:

The manufacturer does not guarantee repairs requested as a result of:
• Wear of parts and/or components due to the normal operation of the equipment.
• Accidental damages caused by transportation, negligent use and improper operation, resulting from incorrect or improper use or installation, which do not observe the warnings set out in the instruction manual.
• Change or tampering of the product in any way whatsoever.
• Use of parts and accessories other than the manufacturer's original replacement parts.
• Defective installation.
• Repairs or modifications carried out by unauthorized technical services or persons.

This equipment is intended for PROFESSIONAL use and for other normal domestic tasks. Therefore, the warranty SHALL NOT apply in case of any other use different than the intended use. The manufacturer declines any liability for possible damages to people or material objects caused by faulty installation or by improper use of the equipment.

In case of any claim or fault, go to the Sodimac store where you purchased the product and present your purchase receipt. Our after-sales service will assist you with pleasure.

INTRODUCCIÓN

Gracias por comprar este producto, que ha pasado a través de nuestro extenso proceso de garantía de calidad. Se han tomado todos los cuidados para asegurarnos de que llegue a sus manos en perfecto estado.

LA SEGURIDAD PRIMERO

Antes de utilizar esta herramienta, se deben tomar las siguientes precauciones básicas de seguridad para reducir el riesgo de que se produzca un incendio, una descarga eléctrica y lesiones personales. Es importante leer el manual de instrucciones para comprender las aplicaciones, las limitaciones y los potenciales peligros asociados al uso de esta herramienta.

¡ADVERTENCIA! Leer todas las advertencias de seguridad y todas las instrucciones.

La omisión de alguna de las advertencias e instrucciones que se enlistan a continuación puede dar como resultado un choque eléctrico, fuego y/o un daño serio.

Conserve todas las advertencias y todas las instrucciones.

*La expresión **"herramienta"** en las advertencias se refiere a la herramienta eléctrica que se conecta a la fuente de alimentación (con cable) o a la herramienta que se acciona a batería (sin cable).*

1) Seguridad del área de trabajo

a) **Mantenga el área de trabajo limpia y bien iluminada.**

Las áreas desordenadas y oscuras provocan accidentes.

b) **No maneje herramientas eléctricas en atmósferas explosivas, tales como en presencia de líquidos inflamables, gases o polvo.**

Las herramientas eléctricas crean chispas que pueden encender el polvo o los humos.

c) Mantenga alejados a los niños y curiosos mientras maneja una herramienta eléctrica.

Las distracciones pueden causarle la pérdida del control.

2) Seguridad eléctrica

a) **Las clavijas de la herramienta eléctrica deben coincidir con el receptáculo. No modificar nunca la clavija de ninguna manera. No usar ningún adaptador de clavijas con herramientas eléctricas puestas a tierra**.

Clavijas que no se modifican y bases coincidentes reducen el riesgo de choque eléctrico.

b) **Evite el contacto del cuerpo con superficies puestas a tierra como tuberías, radiadores, cocinas eléctricas y refrigeradores.**

Hay un mayor riesgo de choque eléctrico si el cuerpo está puesto a tierra.

c) **No exponga las herramientas eléctricas a la lluvia o a condiciones de humedad.**

El agua que ingresa en la herramienta aumenta el riesgo de choque eléctrico.

d) **No abuse del cable. No usar nunca el cable para llevar, levantar o desconectar la herramienta eléctrica. Mantenga el cable lejos del calor, aceite, orillas afiladas o piezas en movimiento.**

Los cables que se dañan o se enredan aumentan el riesgo de choque eléctrico.

e) **Cuando maneje una herramienta eléctrica en el exterior, use una extensión para uso en el exterior**.

El uso de una extensión para uso en el exterior reduce el riesgo de choque eléctrico.

f) **Si el uso de una herramienta en un lugar húmedo es inevitable, use una alimentación protegida por un dispositivo de corriente residual (RCD).**

El uso de un RCD reduce el riesgo de choque eléctrico.

3) Seguridad personal

a) **Esté alerta, vigile lo que está haciendo y use el sentido común cuando maneje una herramienta eléctrica. No use una herramienta eléctrica cuando esté cansado o bajo la influencia de drogas, alcohol o medicamentos.**

Un momento de distracción mientras maneja herramientas eléctricas puede causar un daño personal.

b) **Use equipo de seguridad. Lleve siempre protección para los ojos.**

El uso, en las condiciones apropiadas de equipo de seguridad tal como mascarilla anti polvo, zapatos no resbaladizos, gorro duro, o protección para los oídos reduce los daños personales.

c) **Evite un arranque accidental. Asegúrese de que el interruptor está en posición "apagado" antes de conectar a la fuente de alimentación y/o a la batería, tomar o transportar la herramienta.**

Transportar herramientas eléctricas con el dedo sobre el interruptor o conectar herramientas eléctricas que tienen en interruptor en posición "encendido" puede causar accidentes.

d) **Retire llave o herramienta antes de arrancar la herramienta eléctrica. Una llave o herramienta que se deja unida a una pieza rotativa de una herramienta eléctrica puede causar un daño personal.**

e) **No se sobrepase. Mantenga los pies bien asentados sobre el suelo y conserve el equilibrio en todo momento.**

Esto permite un mejor control de la herramienta eléctrica en situaciones inesperadas.

f) **Vista de forma idónea. No vista ropa suelta o joyas. Mantenga su pelo, su ropa y guantes alejados de las piezas en movimiento.**

La ropa suelta, las joyas o el pelo largo pueden quedar atrapados en las piezas en movimiento.

g) **Si hay dispositivos para la conexión de medios de extracción y recolección de polvo, asegúrese de que éstos estén conectados y se usen correctamente.**

El uso de estos dispositivos puede reducir los peligros relacionados con el polvo.

4) Utilización y cuidados de las herramientas eléctricas

a) **No forzar la herramienta eléctrica. Use la herramienta eléctrica correcta para su aplicación.**

La herramienta eléctrica correcta hace el trabajo mejor y más seguro al ritmo para la que fue diseñada.

b) **No use la herramienta eléctrica si el interruptor no gira "encendido" y "apagado".**

Cualquier herramienta eléctrica que no pueda controlarse con el interruptor es peligrosa y debe repararse.

c) **Desconecte la clavija de la fuente de alimentación y/o de la batería antes de efectuar cualquier ajuste, cambio de accesorios, o de almacenar las herramientas eléctricas.**

Tales medidas preventivas de seguridad reducen el riesgo de arrancar la herramienta accidentalmente.

d) **Almacene las herramientas eléctricas inactivas fuera del alcance de los niños y no permita el manejo de la herramienta eléctrica por personas no familiarizadas con las herramientas o con estas instrucciones.**

Las herramientas eléctricas son peligrosas en manos de usuarios no entrenados.

e) **Mantenga las herramientas eléctricas. Compruebe que las partes móviles no estén desalineadas o trabadas, que no haya piezas rotas u otras condiciones que puedan afectar la operación de las herramientas eléctricas. Las herramientas eléctricas se reparan antes de su uso, cuando están dañadas.**

Muchos accidentes son a causa del escaso mantenimiento a herramientas eléctricas.

f) **Mantenga las herramientas de corte afiladas y limpias.**

Las herramientas de corte que se mantienen de forma correcta con las orillas de corte afiladas son menos probables de trabarse y más fáciles de controlar.

g) **Use la herramienta eléctrica, accesorios y puntas de herramienta, etc. de acuerdo con estas instrucciones y de la manera prevista para el tipo particular de herramienta eléctrica, considerándose las condiciones de trabajo y el trabajo a desarrollar**.

El uso de la herramienta eléctrica para aplicaciones diferentes a las que se destina podría causar una situación de peligro.

5) Servicio

a) **Revise su herramienta eléctrica por un servicio de reparación calificado usando sólo piezas de recambio idénticas.**

Esto garantizará que la seguridad de la herramienta eléctrica se mantiene.

ANEXO 1. K

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.

NO SE PRESENTARON DURANTE ESTE MES

ANEXO 1.L
CERTIFICADOS DE IDONEIDAD

ORG TOTAL S.A.S.
1ALTURAS S.A.S.
Nit 901161844-8
Lic. SST No.5162/2018
1alturas.com.co

certifica que:

CAMILO ANDRES RAMIREZ

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 1033741816**

Empresa: MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS
NIT o CC: 901174665-2
Contratante: MIGUEL ANGEL COBOS GONZALEZ
ARL: POSITIVA

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y demás normas complementarias.
Certificación **NTC. 6072** de **2014** No. **CO24.00460** de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC **09-CPR-008** Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

REENTRENAMIENTO TRABAJO EN ALTURAS.

Realizado en Bogotá Con Una Intensidad de 8 Horas.
Del 30 de May. al 30 de May. de 2025

Por lo cual se le otorga el presente Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (30) días del mes de Mayo de (2025)

cursodealturas.com.co

Jose Orlando Franco Rodriguez
Lic SST No. 5202/Abril 2018
Representante Legal

Karen Eliana Neira Ballén
Lic SST No. 10455/Julio 2021
Entrenador

052025-5686
CONSECUTIVO

1ALTURAS

Bogotá D.C., agosto 13 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que CAMILO ANDRES RAMIREZ , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1033741816, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ORG TOTAL
ENTRENADOR: KAREN ELIANA NEIRA BALLEN
SEDE DONDE SE FORMÓ: 1ALTURAS
EMPLEADOR: MAC INGENIERIA E INNOVACION SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: POSITIVA

SECTOR ECONÓMICO: MINERO Y ENERGETICO
FECHAS DE FORMACIÓN: 30/05/2025 a 30/05/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día agosto 13 de 2025

Bogotá D.C., agosto 13 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FERNANDO AGUIRRE PLAZAS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79771246, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ESCUELA DE CAPACITACION EN ALTURAS
ENTRENADOR: HEBERT OSCARDY FANDIÑO GARZON
SEDE DONDE SE FORMÓ: BOGOTA
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES EYP SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 15/05/2025 a 15/05/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día agosto 13 de 2025

CELAC
Trabajo en Alturas
NTC 6072
No. 30.469-1

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

FERNANDO AGUIRRE PLAZAS

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 79771246

AFILIADO A LA ARL: SURA
RAZON SOCIAL: CONSTRUCCIONES EYP SAS
NIT: 901600031-1
REPRESENTANTE LEGAL: EFREN PLAZAS CC: 80051116

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 15/05/2025 HASTA EL DÍA 15/05/2025 DEL AÑO 2025 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (15) DE (Mayo) DEL (2025) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

SAMIR BARRANCO
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S

HEBERT OSCARDY FANDIÑO
ENTRENADOR T.A.
Licencia S.O. Licencia S.O Resolucion 25-0128 de16 de Febrero de 2023

CEL. 3132546942
WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO
CARRERA 26F No 32-30 SUR

ANEXO 1.M
SUBSANACIÓN DE LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR LA INTERVENTORÍA

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Yo Mario De Jesús Salazar con Cédula de Ciudadanía número 19.499.723 de Bogotá Representante Legal de GRUPO INARCO S.A.S, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 "por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo" designo para el contrato 1041 del 2024 al Juan Sebastián Gómez identificado con Cédula de Ciudadanía número 1.022.399.500 de Bogotá por el término de terminación del contrato; cuyas responsabilidades son:

Responsabilidades de la Resolución 2013 de 1986

1. Proponer actividades que procuren la salud de los contratistas y un ambiente adecuado en los sitios de trabajo.
2. Proponer y participar en las actividades de capacitación en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Colaborar con los funcionarios de los entes gubernamentales en las actividades que ellos adelanten.
4. Vigilar el cumplimiento de las normas, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo que debe realizar la empresa, de acuerdo con el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes. Además, se debe promover su divulgación y observancia.
5. Colaborar con el análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer al contratante las medidas correctivas para su ocurrencia.
6. Visitar, periódicamente, las instalaciones de trabajo e informar al contratista sobre la existencia de factores de riesgo y sugerir medidas correctivas o de control.
7. Estudiar las sugerencias de los contratistas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
8. Servir como organismo de coordinación entre el contratante y los contratistas en la solución de problemas sobre Seguridad y Salud en el Trabajo.
9. Revisar las estadísticas de accidentalidad y enfermedades laborales.
10. Archivar los informes de las actividades que desarrolle en ejercicio de sus funciones y mantenerlos a disposición del contratante, los contratistas y las autoridades competentes.
11. Las demás funciones que le señalen las normas sobre seguridad y salud en el trabajo.

Powered by CamScanner

Responsabilidades del Decreto 1072 de 2015

1. Revisar el plan anual de capacitación propuesto por el administrador del SG-SST (artículo 2.2.4.6.11).
2. Revisar la política y los objetivos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (artículo 2.2.4.6.5).
3. Formular recomendaciones para el mejoramiento del SG-SST (artículo 2.2.4.6.8).
4. Emitir recomendaciones sobre los resultados de las evaluaciones de los ambientes de trabajo a que haya lugar (artículo 2.2.4.6.15).
5. Participar en la identificación de peligros y la evaluación de riesgos que puedan derivarse de cambios en la empresa (artículo 2.2.4.6.26).
6. Participar en la planificación de las auditorías al SG-SST (artículo 2.2.4.6.29).
7. Revisar el documento generado en la revisión por la dirección y supervisar la ejecución de las acciones correctivas, preventivas y de mejora derivados de este (artículo 2.2.4.6.31).
8. Rendir cuentas de su desempeño como mínimo una vez al año (artículo 2.2.4.6.8).

La presente se firma a los 4 días del mes de marzo de 2024.

Firmas:

Mario De Jesús Salazar

Representante Legal

Juan Sebastián Gómez

Vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo

Powered by CamScanner

GRUPO INARCO S.A.S.

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

PERIODO: 2025-2027

El día 26 de Julio de 2025 en las instalaciones de Grupo Inarco SAS, se reunió el representante legal y sus trabajadores para conformar el Comité de Convivencia Laboral, dando cumplimiento a la resolución 652 de 2012, Resolución 2646 de 2008 y a la Ley 1010 de 2006, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo. El periodo de los miembros del comité es de dos años (2) y el empleador proporcionará los recursos necesarios para el cumplimiento de las funciones de los miembros del comité, así como la capacitación requerida.

La modalidad utilizada para su elección fue: nombramiento por la alta dirección, y de los colaboradores.

Por parte de la alta dirección fueron nombrados:

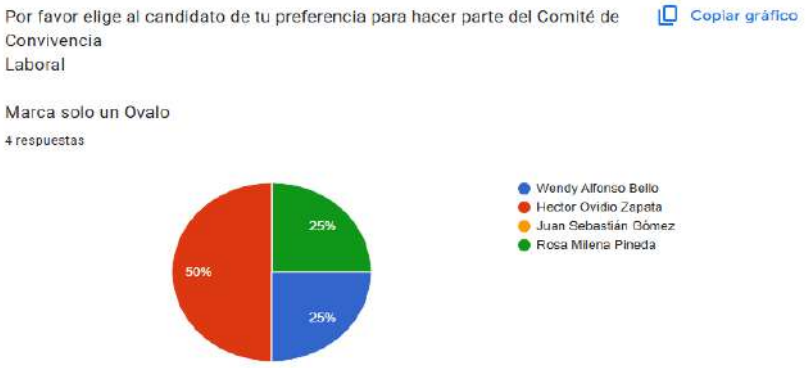
Nombre Completo	Número de documento	Rol	Firma
Wendy Karina Alfonso Bello	1000778181	Principal por parte de la empresa	
Rosa Milena Pineda Aguirre	1030603965	Suplente por parte de la empresa	

Por parte de los trabajadores fueron nombrados:

Nombre Completo	Número de documento	Rol	Firma
Héctor Ovidio Zapata García	80039808	Principal por parte de los trabajadores	
Juan Sebastián Gómez Gil	1022399500	Suplente por parte de los trabajadores	

GRUPO INARCO S.A.S.

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL



Integrado el Comité de convivencia se procedió de acuerdo con la resolución 652 de 2012 a nombrar al presidente y al secretario del mismo, con el objetivo de mantener la coordinación, organización y funcionamiento del comité.

Por votación interna del comité se designa a:

Diana Carolina Celis Mora como presidente del Comité, y a Estefanía Rincón Ramos secretario(a) del mismo.

Nombre y firma del Representante Legal
Mario de Jesús Salazar

Nombre y firma del presidente del comité
Héctor Ovidio Zapata

Nombre y firma del secretario del comité
Wendy Karina Alfonso Bello

ANEXO 1N

RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS (OFICIOS)

ABDO J. SALGADO AYOLA
INGENIERO CIVIL

Bogotá D.C. 16 de junio de 2025

CTO 1032-2025-0131

Señores:
GRUPO INARCO S.A.S
MARIO DE JESUS SALAZAR
Representante Legal
Calle 24b #81c-05
Bogotá D.C.
info@grupoinarco.co

REF: CONTRATO DE INTERVENTORIA No.**1032-2024-CMA (119229)**

Objeto: "REALIZAR LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA, JURÍDICA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) AL CONTRATO PARA "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FISICA PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA"

ASUNTO: CUMPLIMIENTO RESOLUCION 4272 DE 2021

Cordial saludo,

En atención a nuestras obligaciones contractuales y al correcto seguimiento y cumplimiento del objeto principal derivada del contrato de interventoría N° 1032-2024-CMA (119229) y amparados en la Ley 80 de 1993 y del Decreto reglamentario 1082 de 2015, esta interventoría se permite recordarle al contratista que durante la ejecución del contrato se debe dar cumplimiento a la cabalidad a los lineamientos de la resolución 4272 de 2021 y normas complementarias:

1. El programa de prevención y protección contra caídas, deber ser presentado y debe contener como mínimo:

a. Objetivo general que establezca los lineamientos básicos para trabajo en alturas.

b. Alcance del programa.

c. Marco conceptual, marco legal.

d. Roles y responsabilidades (se deben considerar como mínimo las responsabilidades y funciones del administrador del programa, la persona calificada, coordinador de trabajo en alturas, trabajador autorizado, ayudantes de seguridad y brigadas de emergencia para rescate en alturas).

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

e. Requisitos de capacitación y entrenamiento para los roles definidos por la organización.

f. Cronograma de cumplimiento de las actividades.

g. Identificación de peligros.

h. Evaluación y valoración de riesgos.

i. Inventario de actividades de trabajos en alturas, con su definición de tareas rutinarias y no rutinarias.

j. Procedimientos de trabajo documentados y los anexos definidos por el empleador.

k. Medidas de prevención.

l. Sistemas de acceso para trabajos en alturas.

m. Medidas de protección.

n. Procedimientos en caso de emergencias.

o. Indicadores de gestión específicos alineados al Decreto 1072 de 2015.

1. El contratista debe definir, las medidas de prevención a ser utilizadas en cada sitio de trabajo donde se realicen trabajos en alturas ya sea en tareas rutinarias o no rutinarias. Estas medidas deben estar acorde con la actividad económica y tareas que la componen.
2. Todos los trabajadores que laboren en las condiciones de riesgo de trabajo en alturas deben tener su respectivo certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas o certificación de la competencia laboral.
3. El contratista debe Implementar medidas colectivas de prevención
4. Documentar los procedimientos de trabajo seguro para cada una de las tareas que se vayan a desarrollar en alturas, teniendo en cuenta los aspectos establecidos en el Art 14 de la resolución 4272 de 2021.
5. Los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos, El contratista debe implementar un procedimiento para los permisos de trabajo, previo al inicio del trabajo en alturas de acuerdo a los lineamientos del Art 15 de la Resolución 4272 de 2021.
6. Los sistemas de acceso a utilizar, deben ser certificados acordes al estándar específico aplicable para el sistema de acceso seleccionado y el fabricante debe proveer información en español, sobre las principales características del sistema, un manual y/o catálogo de partes con sus características de ingeniería, recomendaciones de almacenamiento, mantenimiento, inspección y medidas de seguridad en su arme y desarme (cuando aplique), uso y operación así mismo dar

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

cumplimiento al Art 16 de la Resolución 4272 de 2021.

7. El montaje y/u operación de toda estructura de acceso para trabajo en alturas, debe ser inspeccionado por el coordinador de trabajo en alturas una persona avalada conforme a las instrucciones dadas por el fabricante o una persona calificada, atendiendo las normas nacionales o en su defecto las internacionales y de acuerdo con las disposiciones de prevención y protección establecidas, su armado deberá cumplir con las condiciones técnicas y de seguridad con previa capacitación y certificación de armado expedida por el fabricante.

8. Se debe garantizar completa estabilidad y seguridad del sistema de acceso para trabajo en alturas, de tal forma que este no sufra volcamiento o caída, incluyendo verificar la estabilidad del suelo para la carga a aplicar. Para las estructuras que superen en altura el nivel de auto estabilidad (definido por el fabricante o una norma nacional o internacional aplicable) y acorde a las condiciones de uso (interiores o exteriores), esta verificación debe hacer parte integral del permiso de trabajo y debe responder a un diseño realizado por una persona calificada considerando los parámetros consignados en los manuales entregados por el fabricante.

9. Todo sistema de acceso para trabajo en alturas, debe ser instalado de manera que se respete su relación de esbeltez para una configuración auto soportada o debe estar debidamente asegurado en forma vertical y/u horizontal, conforme a las especificaciones de uso descritas por el fabricante.

10. Cuando se usen torres de andamios móviles (andamios sobre ruedas) se cumplirán las recomendaciones e instrucciones del fabricante para los traslados. Esta operación debe ser evidenciable en el alcance de los permisos de trabajo y ser supervisada por el coordinador de trabajo en alturas garantizando que nunca se realiza con personas sobre el andamio.

11. El trabajo en sistemas de acceso debe incluir el análisis de riesgos para determinar los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables, considerando para su selección la compatibilidad de las conexiones al sistema de acceso y las instrucciones de los fabricantes.

12. El trabajador que tenga la función de realizar el armado y desarmado de andamios y el trabajador que opere equipos para elevación de personas deben contar con capacitación específica enfocada en la seguridad durante las operaciones y atendiendo las instrucciones de los fabricantes y/o las normas nacionales o internacionales aplicables

13. Frente a las medidas de protección contra caídas el contratista debe tener en cuenta:

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

- Los elementos o equipos de los sistemas de protección contra caídas deben ser certificados y compatibles entre sí en tamaño, figura, materiales, forma, diámetro.

- Los equipos de protección contra caídas se deben seleccionar y usar según las necesidades determinadas para un trabajador, las condiciones, tipo de la tarea y los sistemas de acceso a utilizar. Todo sistema seleccionado debe: garantizar la seguridad del trabajador al momento de una caída, permitir la distribución de fuerza, amortiguar la fuerza de impacto, garantizar la resistencia de los componentes y estar protegido ante la corrosión o ser aislantes eléctricos, antiestáticos o ignífugos cuando se requieran brindando las demás protecciones a los riesgos asociados que sean requeridas.

- Los equipos de protección personal para trabajos en alturas se seleccionarán tomando en cuenta los peligros identificados y los riesgos valorados del SGSST y en el programa de prevención y protección contra caídas que sean propios de la labor y sus características, tales como condiciones atmosféricas, presencia de sustancias químicas, espacios confinados, posibilidad de incendios o explosiones, contactos eléctricos, superficies calientes o abrasivas, trabajos con soldaduras, entre otros. Igualmente, se debe tener en cuenta las condiciones fisiológicas del individuo con relación a la tarea y su estado de salud en general. Se deben proteger contra agentes externos que puedan afectar su integridad tales como bordes, filos, cortes, abrasiones, fuentes químicas o de calor excesivo o chispas, entre otros.

- Todos los elementos y equipos de protección contra caídas deben ser inspeccionados antes de cada uso por parte del trabajador y garantizar su buen estado durante el trabajo. Deben contar con una hoja de vida, deben ser certificados y deben ser resistentes a la fuerza, al envejecimiento, a la abrasión, la corrosión y al calor.

- Los puntos de anclaje a instalar deben ser capaces de soportar mínimo 5.000 libras (22,2 kilo newtons — 2.272 kg) por persona conectada o si están diseñados por una persona calificada como parte de un sistema completo de protección personal contra caídas plenamente identificado, deben ser capaces de soportar la fuerza máxima de la caída manteniendo como mínimo un factor de seguridad de dos (2) teniendo en cuenta todas las condiciones normales de uso del anclaje. Los puntos de anclaje a instalar deben ser seleccionados o instalados de modo que la persona no se golpee contra el nivel inferior o se golpee con estructuras derivadas del efecto de péndulo. Es importante precisar que cuando un anclaje responde a un diseño de ingeniería, después de instalado, debe ser probado por una persona calificada, a través de una metodología probada por autoridades nacionales o internacionales reconocidas emitiendo un documento donde se certifique la realización de dicha prueba, deberá contar con los planos y memorias de cálculo firmados por una persona calificada que garanticen el

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y demás normas nacionales o internacionales aplicables.

- Teniendo en cuenta, que se realizara la instalación de líneas de vida, para el caso de Las líneas de vida horizontales fijas deben ser diseñadas y aprobadas en su instalación por una persona calificada la cual debe considerar para su diseño un factor de seguridad no menor que dos (2) en todos sus componentes. Para el caso de líneas de vida horizontales fijas, el instalador deberá contar con el aval del fabricante, por lo cual se debe dar cumplimiento a cabalidad al Art 23 de la resolución 4272 de 2021.

14. El contratista debe garantizar y Constatar que los equipos y sistemas usados en prevención y protección contra caídas sean inspeccionados por lo menos una vez al año o con la periodicidad indicada por el fabricante, conforme a lo establecido normativamente.

Reiteramos que se debe dar cumplimiento a cabalidad a la Resolución 4272 de 2021, normas complementarias para la ejecución de las actividades propias del contrato.

Cordialmente,



(ING) ABDO JOSE SALGADO AYOLA
REPRESENTANTE LEGAL
INTERVENTORIA
Anexos ( ) Folios:

Copia: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA - CÉSAR AUGUSTO SALAMANCA ROJAS - Ordenador de Gasto - Atn. ARQ. SANDRA ZARAMA - calle 146 C Bis No 90 - 57 Bogotá D.C. - infraestructura.suba@gobiernobogota.gov.co

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

GRUPO INARCO S.A.S.

Bogotá, D.C., Junio 19 de 2025

CONTRATO N°1041-2024-032-2025
CONSECUTIVO

Señores:
Fondo de Desarrollo Local De Suba.
A/A Ing. Abdo Salgado Ayola.
Interventor.
Ciudad.

REF.: CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.1032-2024-CMA (119229)

ASUNTO: RESPUESTA SU COMUNICADO 0131.

De acuerdo a nuestras obligaciones contractuales según el contrato n° 1041 de 2024 cuyo objeto es “reparaciones locativas y/o mantenimiento para salones comunales de las juntas de acción comunal de la localidad de suba, a precios unitarios fijos y a monto agotable” y en cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021 se envían los siguientes documentos:

1. Procedimiento para trabajo en alturas.
2. Procedimientos de trabajo documentados y los anexos
3. Matriz IPVR
4. Plan de rescate en alturas
5. Indicadores de gestión específicos alineados al Decreto 1072 de 2015.

En espera de su aprobación

Cordialmente,

MARIO DE JESÚS SALAZAR
Representante Legal.

Gmail **milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com>**

RESPUESTA A COMUNICADO 0131

2 messages

milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com> Thu, Jun 19, 2025 at 3:31 PM
To: hozapata@gmail.com, abdo.suba2024@gmail.com, fbenitezalvarez0@gmail.com, contratos@grupoinarco.co, info@grupoinarco.co, sandrazarama2005@gmail.com

Buenas tardes

Cordial saludo

Adjunto envió respuesta al comunicado 0131 del contrato 1041 del 2024.

Cordialmente

Milena Pineda
Profesional SST.

2 attachments

COMUNICADO 032.pdf
307K

COMUNICADO 032.zip
6425K

Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com> Thu, Jun 19, 2025 at 3:31 PM
To: sstmilenapineda@gmail.com

ordialmente,

OFICINA DE INTERVENTORIA / INGENIERO. ABDO JOSE SALGADO AYOLA.

"PRUEBA ELECTRÓNICA: AL RECIBIR EL ACUSE DE RECIBO POR PARTE DE ESA DEPENDENCIA, SE ENTENDERÁ COMO ACEPTADO Y SE RECEPCIONARÁ COMO DOCUMENTO PRUEBA DE LA ENTREGA DEL USUARIO. (LEY 527 DEL 18-08-1999) RECONOCIMIENTO JURÍDICO DE LOS MENSAJES DE DATOS EN FORMA ELECTRÓNICA A TRAVÉS DE LA REDES TELEMÁTICAS"

GRUPO INARCO S.A.S.

Bogotá, D.C., Junio 28 de 2025

CONTRATO N°1041-2024-034-2025
CONSECUTIVO

Señores:
Fondo de Desarrollo Local De Suba.
A/A Ing. Abdo Salgado Ayola.
Interventor.
Ciudad.

REF.: CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.1032-2024-CMA (119229)

ASUNTO: RESPUESTA SU COMUNICADO 0017.

De acuerdo a nuestras obligaciones contractuales según el contrato n° 1041 de 2024 cuyo objeto es “reparaciones locativas y/o mantenimiento para salones comunales de las juntas de acción comunal de la localidad de suba, a precios unitarios fijos y a monto agotable” y en cumplimiento de las observaciones emitidas por parte de ustedes referente a los informes de gestión ambiental y SST de los periodos comprendidos entre el 03 de marzo y el 02 de junio de 2025 se emite la siguiente información.

INFORME DE GESTIÓN AMBIENTAL

1. Se recomienda no incluir el espacio de aprobación por parte de la entidad (supervisión) relacionado en la portada del informe.

Respuesta

Se envía informe nuevamente en donde se relaciona aprobación por parte del ingeniero interventor Abdo Salgado.

2. El contratista debe presentar la caracterización de los residuos generados de acuerdo a la clasificación de RCD.

Respuesta

Se adiciona al correo, carpeta relacionando la caracterización del RCD

3. Es importante tener en cuenta, que las actividades propias de obra se iniciaron en el mes de mayo y el informe de gestión indica o relaciona actividades que no se realizaron durante los tres meses reportados, por lo cual agradecemos segregar la información de las medidas de gestión implementadas.

Respuesta

Se envía informe nuevamente en donde se adiciona un párrafo que especifica lo que se realizó durante el mes de marzo y abril.

4. Agradecemos tener en cuenta y reportar para el siguiente informe el inventario de sumideros y la protección de los mismos.

Respuesta

Se tendrá en cuenta para el informe numero 2

5. El informe relaciona la generación de RESPEL (tejas con contenido de asbesto) sin embargo en la página 14 se indica que no se generaron RESPEL

Respuesta

Se envía informe nuevamente en donde se subsana la observación.

6. El cronograma de capacitación no registra las actividades ejecutadas.

Respuesta

Se adiciona al correo, carpeta relacionando el cronograma

7. Teniendo en cuenta que durante el periodo reportado se efectuaron procesos de aprobación del PMARCD y PMA se sugiere relacionar la trazabilidad de entrega de los mismos y presentar los documentos de los anexos.

Respuesta

Se adiciona al correo, carpeta relacionando el radicado de este.

8. El contratista debe allegar los soportes de gestión de RCD como lo son:

- Manifiestos de transporte
- Manifiestos cadena de custodia
- Lista de chequeo para transporte de residuos peligrosos
- Formato de control de generación e RCD por frente de obra
- Anexos diligenciados referentes al cumplimiento del Decreto 507 de 2023

Anexo 1 caracterización generación de RCD
Anexo 2 constancias de gestión provisional
Anexo 5 informe de aprovechamiento in situ
Vales y/o manifiestos de transporte
Certificados de disposición final
Si el contratista no cumple con los procesos de aprovechamiento in situ ni la adquisición de materiales valorizados de RCD se debe presentar un certificado que incluya la justificación técnica frente al no cumplimiento.

Respuesta

- Se adiciona al correo, carpeta en donde se relacionan los siguientes documentos

- Manifiesto de carga (este cubre los manifiestos de transporte y el manifiesto de cadena de custodia, según el proveedor Distribuciones ambientales s.a.s, que es el proveedor que realizo la disposición del RESPEL (teja de asbesto))

- Lista de chequeo para transporte de residuos peligrosos

- Formato de control de generación e RCD por frente de obra este no se adiciona ya que durante el mes de marzo, abril, mayo solamente se realizó salida de material RESPEL proveniente a las actividades.

- Anexos diligenciados referentes al cumplimiento del Decreto 507 de 2023, Anexo 1 caracterización generación de RCD de marzo abril y mayo. Anexo 2 constancias de gestión provisional de marzo abril y mayo. Anexo 5 informe de aprovechamiento in situ marzo abril.
- Certificados de disposición final
- Certificado que incluya la justificación técnica frente al no cumplimiento

9. No se presentó el soporte de capacitación ambiental.

Respuesta

Se adiciona al correo, carpeta relacionando los registros de asistencias.

INFORME SST

1. Se recomienda no incluir el espacio de aprobación por parte de la entidad (supervisión) relacionado en la portada del informe.

Respuesta
Se envía informe nuevamente en donde se relaciona aprobación por parte del ingeniero interventor Abdo Salgado.

2. Es importante tener en cuenta, que las actividades propias de obra se iniciaron en el mes de mayo y el informe de gestión indica o relaciona actividades que no se realizaron durante los tres meses reportados, por lo cual agradecemos segregar la información de las medidas de gestión implementadas.

Respuesta
Se envía informe nuevamente en donde se adiciona un párrafo que especifica lo que se realizó durante el mes de marzo y abril.

3. El contratista no incluyo a la profesional social en la relación de personal ni los soportes respectivos.

Respuesta
Se subsanara en el informe numero 2

4. Se recomienda presentar los certificados de accidentalidad de las empresas sub contratistas emitidas por las ARL.

Respuesta
Se subsanara en el informe numero 2

5. El personal que reporta afiliación como independiente debe cumplir los lineamientos del decreto 723 de 2013.
6. Se evidencia personal operativo con reporte como independiente, pero registro de afiliaciones como trabajador dependiente.

Respuesta

Estos dos ítems anteriores se subsanaran una vez se reinicien labores de parte del contratista del desmonte de teja, ya que es el que presenta la novedad.

7. El contratista debe allegar los soportes de afiliación al sistema integral de seguridad social (AFP, ARL, EPS) e ingreso, sin excepción de todo el personal que realizo actividades, así mismo se deben presentar las planillas de aportes al SISS.

Respuesta

Estas se presentaron en el anexo 1A del informe por ende se envía nuevamente el informe adicionando las afiliaciones del personal fluctuante.

8. En caso de no presentar novedades de ingreso o retiro el contratista debe adjuntar una certificación expedida por el profesional SST aprobada, con el registro de la novedad.

Respuesta

Se adiciona en el informe SST en el anexo 1a Afiliaciones la certificación solicitada por ustedes

9. Se debe presentar el registro de entrega de dotación de todo el personal.

Respuesta

Se adiciona entrega de epp del personal faltante

10. Las actividades del plan de trabajo anual, que fueron ejecutadas en los meses de marzo, abril y mayo, deben contar con el respectivo soporte presentado en los anexos del informe.

Respuesta

Se menciona el link (https://drive.google.com/drive/folders/1uXqg-I7CI7H77cW6r52xp23C3eQlnJk_?usp=sharing) en donde se evidencia todo el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo dentro de este se encuentran los soportes correspondientes al plan anual, y este se actualiza mensual. Debido a que los registros son muchos se sugiere que se evidencien dentro del sistema de gestión y no adicionarlos al informe mensual.

11. Se recomienda contar con vigía y/o COPASST, Comité de convivencia perteneciente al proyecto.

Respuesta

Se tomara dicha recomendación y se realizara conformación dentro de la obra se subsanara en el informe numero 3 ya que por tiempo no se alcanza a ser elección para el informe numero 2

12. Se evidencian formatos sin el diligenciamiento completo

Respuesta

Se subsano y se envía nuevamente el informe en el anexo 1h pre operacional y gestión sst.

13. Todos los equipos de trabajo en alturas, sistemas de acceso entre otros debe contar con hoja de visa certificados entre otros, de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 4272 de 2021.

Respuesta

Se adicionan hojas de vida de las eslingas línea de vida y arrestadores junto con la certificación se envía nuevamente informe con la subsanación y se encuentran en el anexo 1J hoja de vida de herramientas
.

14. Se debe incrementar el registro fotográfico.

Respuesta
Se envía nuevamente el informe donde se adicionan más fotos.

15. Se deben presentar las licencias de las IPS donde se realizaron la evaluación médica ocupacional.

Respuesta
Se subsanara para el segundo informe

16. Se debe presentar el registro de indicadores de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019.

Respuesta
Se adjuntan en el anexo 1D accidentalidad

17. El contratista debe presentar los certificados de competencia del personal que realizo trabajo en alturas, trabajo con energías (trabajo en caliente) y trabajo con riesgo eléctrico.

Respuesta

Se subsana documentación faltante de la profesional SST se adiciona curso de coordinador, Curso de actualización del coordinador, curso autorizado, curso de andamiero estas se encuentran en el anexo 1ª afiliaciones, queda pendiente para el segundo informe el certificado del soldador, las demás certificaciones de competencias para trabajo en alturas se encuentran en el anexo 1ª afiliaciones.

18. Se debe adjuntar los soportes de seguridad social del personal flotante.

Respuesta

Como se mencionó en el punto 7 se envía nuevamente informe y estas se evidencia en el anexo 1A afiliaciones

En espera de su aprobación

Cordialmente,



MARIO DE JESÚS SALAZAR
Representante Legal.

ABDO J. SALGADO AYOLA
INGENIERO CIVIL

Bogotá D.C. 29 de mayo de 2025

CTO 1032-2025-0117

Señores:
GRUPO INARCO S.A.S
MARIO DE JESUS SALAZAR
Representante Legal
Calle 24b #81c-05
Bogotá D.C.
info@grupoinarco.co

REF: CONTRATO DE INTERVENTORIA No.**1032-2024-CMA (119229)**

Objeto: "REALIZAR LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA, JURÍDICA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) AL CONTRATO PARA "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FISICA PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA"

ASUNTO: CONTENIDO INFORMES DE GESTION MENSUAL SST Y AMBIENTAL

Cordial saludo,

De acuerdo a nuestras obligaciones contractuales y funciones especificas nos permitimos remitir el contenido mínimo de los informes de gestión mensual de los componentes SST y ambiental:

COMPONENTE GESTIÓN AMBIENTAL:

1. Manejo de Especies Arbóreas
2. Manejo de campamentos y centros de acopio
3. Manejo integral de residuos sólidos:

· Manejo y disposición de residuos de Construcción y demolición con los soportes requeridos del Decreto 507 de 2023.

· Manejo y disposición de RESPEL, RAEE: certificados de disposición mensual, licencias de los sitios de disposición.

4. Manejo integral de materiales de construcción: listado de sitios de obtención de materiales con sus respectivas licencias y permisos ambientales cantidades adquiridas, certificaciones de canteras y/o sitios de extracción.
5. Cronograma de capacitaciones y soportes respectivos
6. Cumplimiento de Programas de manejo con relación de cumplimiento de indicadores:
7. Registro fotográfico

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

COMPONENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Instalaciones locativas (Campamentos, vistieres, Almacenamiento de materiales)
2. Gestión para el talento humano:

· Relación de personal con fechas de ingreso y retiro, con los soportes de ingreso, paz y salvos respectivos en caso de retiro.

· Inducciones y Registro de notificación de riesgos a los cuales están expuestos los trabajadores, entrega de EPP y dotación

• Evaluaciones medicas ocupacionales, carta de recomendaciones, licencias IPS, evaluaciones medicas ocupaciones de egreso.

3. Capacitaciones: Cronograma, Listado de asistencia de las capacitaciones, charlas pre operacionales, pausas activas firmadas por el personal operativo capacitado y registro fotográfico
4. Soportes de pago Sistema de seguridad social integral, de acuerdo a la normatividad vigente con certificado de cumplimiento firmado por el representante legal y/o revisor fiscal
5. COPASST (Soportes de la conformación del COPASST y los soportes de las reuniones mensuales exigidas por norma)
6. Comité de Convivencia conformación y reuniones exigidas por la norma
8. Higiene y seguridad industrial: Formato diligenciado de permisos de trabajo, ATS, Soportes de inspección de herramientas, orden y aseo, equipos de protección entre otros, cronograma de inspecciones.
9. Plan de emergencias y contingencias: capacitación, inspecciones, equipos de atención de emergencias, informes y evaluación de simulacros, conformación de brigadas.
10. Accidentalidad laboral con indicadores: Entregar a la Interventoría los reportes de Accidentes de Trabajo con la remisión de la investigación a la ARL (Para los casos que apliquen según resolución 1401 de 2007) e indicar seguimiento trazabilidad y cierre de cada caso. Asegurar el respectivo certificado emitido por la ARL frente a los índices de accidentalidad por cada empleador.
11. Equipos, máquinas y herramientas: inspecciones, certificados de mantenimiento entre otros.
12. Matriz de EPP, soportes de registro de entrega de dotación y EPP
13. Gestión de contratistas
14. Seguimientos indicadores del SGSST
15. Cumplimiento de plan de trabajo anual.
17. Gestión y cierre de acciones preventivas y correctivas
18. Registro fotográfico

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

De acuerdo a lo anterior agradecemos remitir el informe de gestión de acuerdo a los requerimientos descritos

Cordialmente,



(ING) ABDO JOSE SALGADO AYOLA
REPRESENTANTE LEGAL
INTERVENTORIA
Anexos ( ) Folios:

Copia: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA - CÉSAR AUGUSTO SALAMANCA ROJAS - Ordenador de Gasto - Atn. ARQ SANDRA ZARAMA - calle 146 C Bis No 90 - 57 Bogotá D.C. - infraestructura.suba@gobiernobogota.gov.co

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

Gmail **milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com>**

RESPUESTA A COMUNICADO 0017

2 messages

milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com> Sat, Jun 28, 2025 at 12:39 PM
To: abdo.suba2024@gmail.com, fbenitezalvarez0@gmail.com, sandrazarama2005@gmail.com
Cc: contratos@grupoinarco.co, info@grupoinarco.co, hozapata@gmail.com

Buenas tardes

Cordial saludo

Adjunto envió respuesta al comunicado 0017 del contrato 1041 del 2024.

Cordialmente

Milena Pineda
Profesional SST.

RESPUESTA A OFICIO 0017.zip

1. COMUNCADO 034.pdf
355K

Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com> Sat, Jun 28, 2025 at 12:40 PM
To: sstmilenapineda@gmail.com

ordialmente,

OFICINA DE INTERVENTORIA / INGENIERO. ABDO JOSE SALGADO AYOLA.

"PRUEBA ELECTRÓNICA: AL RECIBIR EL ACUSE DE RECIBO POR PARTE DE ESA DEPENDENCIA, SE ENTENDERÁ COMO ACEPTADO Y SE RECEPCIONARÁ COMO DOCUMENTO PRUEBA DE LA ENTREGA DEL USUARIO. (LEY 527 DEL 18-08-1999) RECONOCIMIENTO JURÍDICO DE LOS MENSAJES DE DATOS EN FORMA ELECTRÓNICA A TRAVÉS DE LA REDES TELEMÁTICAS"

ABDO J. SALGADO AYOLA
INGENIERO CIVIL

Bogotá D.C. 08 de julio de 2025

CTO 1032-2025-00162

Señores:
GRUPO INARCO S.A.S
MARIO DE JESUS SALAZAR
Representante Legal
Calle 24b #81c-05
Bogotá D.C.
info@grupoinarco.co

REF: CONTRATO DE INTERVENTORIA No.**1032-2024-CMA (119229)**

Objeto: "REALIZAR LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA, JURÍDICA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) AL CONTRATO PARA "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FISICA PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA"

ASUNTO: RESPUESTA COMUNICADO N°1041-2024-032-2025, REQUERIMIENTOS RESOLUCION 4272 DE 2021

Cordial saludo,

En atención a nuestras obligaciones contractuales, el correcto seguimiento y cumplimiento del objeto principal derivada del contrato de interventoría recomendamos al contratista dar cumplimiento a cabalidad a los lineamientos de la Resolución 4272 de 2021, normas complementarias, considerando que los documentos presentados deben ser ajustados de acuerdo a las siguientes observaciones:

Procedimiento de trabajo Seguro:

La resolución 4272 de 2021 establece(...): "**Artículo 14. Procedimientos.** El empleador o contratante debe documentar los procedimientos de trabajo seguro para cada una de las tareas que se vayan a desarrollar en alturas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
a. Para los efectos de la presente resolución, se entiende por procedimiento de trabajo **seguro la forma específica, detallada y segura de llevar a cabo una actividad** o un proceso.
b. **Estos procedimientos deben ser divulgados a todos los trabajadores involucrados previamente a la realización del trabajo.**
c. **Estos procedimientos deben ser revisados y ajustados cuando cambien las condiciones de trabajo**, ocurra algún incidente o accidente, se modifiquen las normas que puedan afectar a los mismos y/o los indicadores de gestión así lo definan.
d. Los procedimientos a ser utilizados en tareas rutinarias deben ser aprobados y validados por el coordinador de TA y contar con una lista chequeo"

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

De acuerdo a lo anterior se evidencia que los documentos presentados no cumplen con los lineamientos anteriormente descritos, teniendo en cuenta que no indica la forma específica y detallada de ejecutar la actividad, no contiene información técnica, medidas de control -prevención, sistemas de acceso, responsables, listado de personal con roles, horarios, equipos, sistema de acceso, izaje de cargas, entre otros. Es importante que el contratista garantice el procedimiento de trabajo seguro de cada uno de los frentes a intervenir

Plan de rescate

La resolución 4272 de 2021, establece (…)" Artículo 26. Plan de emergencias. Todo empleador y/o contratante que dentro de sus riesgos cotidianos tenga incluido el de caída por trabajo en alturas, debe incluir dentro del plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias establecido en el numeral 12 del artículo 2.2.4.6.12 y el articulo 2.2.4.6.25 del Decreto 1072 de 2015, un capítulo escrito de trabajo en alturas que debe ser practicado y verificado, acorde con las actividades que se ejecuten y que garantice una respuesta organizada y segura ante cualquier incidente o accidente que se pueda presentar en el sitio de trabajo, incluido un plan de rescate; para su ejecución puede hacerlo con recursos propios o contratados. Se debe garantizar que el personal destinado para la atención de emergencias en cada actividad, haya participado en la práctica de simulacros y la verificación del mismo.
En el plan de rescate, debe ser diseñado acorde con los riesgos de la actividad en alturas a desarrollar, se deben asignar equipos de rescate certificados para toda la operación y contar con brigadistas o personal capacitados para tal fin.
Se dispondrá para la atención de emergencias y para la prestación de primeros auxilios de: botiquín, elementos para inmovilización y atención de heridas, hemorragias y demás elementos que el empleador considere necesarios de acuerdo con el nivel de riesgo.
El empleador debe asegurar que el trabajador que desarrolla trabajo en alturas, cuente con una persona de apoyo disponible para que, de ser necesario, reporte de inmediato y active el plan de emergencias".
De acuerdo a lo anterior se debe presentar el plan de recate de forma detallada los procesos de rescate acordes con las actividades que se ejecuten, así mismo se debe garantizar una respuesta organizada y segura ante cualquier incidente o accidente, este debe contar con la descripción de los equipos, certificados, hojas de vida de los equipos, responsables, soportes de formación entre otros, en concordancia agradecemos que el documento cuente con las firmas y aval del coordinador de trabajo en alturas y grupo de rescatista designados

Programa de prevención y protección contra caídas

El documento debe ser presentado de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 4272 de 2021, el programa de la empresa contratista se debe identificar cada riesgo de caída en el lugar de trabajo, establecer y documentar uno o varios métodos para eliminar el trabajo en alturas a través de sistemas de ingeniería, adaptaciones de procesos, entre otros, o controlar cada riesgo de caída identificado, aplicando especialmente la jerarquización de controles

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

contenida en el artículo 2.2.4.6.24 del Decreto 1072 de 2015 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

El programa de la empresa debe contener como mínimo:
a. Objetivo general que establezca los lineamientos básicos para trabajo en alturas.
b. Alcance del programa.
c. Marco conceptual, marco legal.
d. Roles y responsabilidades (se deben considerar como mínimo las responsabilidades y funciones del administrador del programa, la persona calificada, coordinador de trabajo en alturas, trabajador autorizado, ayudantes de seguridad y brigadas de emergencia para rescate en alturas).
e. Requisitos de capacitación y entrenamiento para los roles definidos por la organización.
f. Cronograma de cumplimiento de las actividades.
g. Identificación de peligros.
h. Evaluación y valoración de riesgos.
i. Inventario de actividades de trabajos en alturas, con su definición de tareas rutinarias y no rutinarias.
j. Procedimientos de trabajo documentados y los anexos definidos por el empleador.
k. Medidas de prevención.
l. Sistemas de acceso para trabajos en alturas.
m. Medidas de protección.
n. Procedimientos en caso de emergencias.
o. Indicadores de gestión específicos alineados al Decreto 1072 de 2015.

Se debe garantizar que, dentro del programa de prevención y protección contra caídas de alturas, se establezcan los roles y responsabilidades,

Así mismo teniendo en cuenta que el contratista debe garantizar una ejecución de actividades de alto riesgo de manera segura, recomendamos:

1. Todos los trabajadores que laboren en las condiciones de riesgo de trabajo en alturas deben tener su respectivo certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas o certificación de la competencia laboral.
2. El contratista debe Implementar medidas colectivas de prevención
3. Los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo, ATS, inspecciones, entre otros. El contratista debe implementar un procedimiento para los permisos de trabajo, previo al inicio del trabajo en alturas de acuerdo a los lineamientos del Art 15 de la Resolución 4272 de 2021.
4. Los sistemas de acceso a utilizar, deben ser certificados acordes al estándar específico aplicable para el sistema de acceso seleccionado y el fabricante debe proveer información en español, sobre las principales características del sistema, un manual y/o catálogo de partes con sus características de ingeniería,

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

recomendaciones de almacenamiento, mantenimiento, inspección y medidas de seguridad en su arme y desarme (cuando aplique), uso y operación así mismo dar cumplimiento al Art 16 de la Resolución 4272 de 2021.

5. El montaje y/u operación de toda estructura de acceso para trabajo en alturas, debe ser inspeccionado por el coordinador de trabajo en alturas una persona avalada conforme a las instrucciones dadas por el fabricante o una persona calificada, atendiendo las normas nacionales o en su defecto las internacionales y de acuerdo con las disposiciones de prevención y protección establecidas, su armado deberá cumplir con las condiciones técnicas y de seguridad con previa capacitación y certificación de armado expedida por el fabricante.
6. Se debe garantizar completa estabilidad y seguridad del sistema de acceso para trabajo en alturas, de tal forma que este no sufra volcamiento o caída, incluyendo verificar la estabilidad del suelo para la carga a aplicar. Para las estructuras que superen en altura el nivel de auto estabilidad (definido por el fabricante o una norma nacional o internacional aplicable) y acorde a las condiciones de uso (interiores o exteriores), esta verificación debe hacer parte integral del permiso de trabajo y debe responder a un diseño realizado por una persona calificada considerando los parámetros consignados en los manuales entregados por el fabricante.
7. Todo sistema de acceso para trabajo en alturas, debe ser instalado de manera que se respete su relación de esbeltez para una configuración auto soportada o debe estar debidamente asegurado en forma vertical y/u horizontal, conforme a las especificaciones de uso descritas por el fabricante.
8. El uso de equipos de izaje de cargas sobre sistemas de acceso debe ser avalada por el fabricante o por una persona calificada, que garantice la estabilidad y resistencia de éste para evitar volcamiento.
9. El sistema de acceso que cuente con una plataforma, debe cubrir la totalidad de la superficie de trabajo y contar con sistema de barandas que cumpla con las disposiciones establecidas normativamente.
10. Cuando se usen torres de andamios móviles (andamios sobre ruedas) se cumplirán las recomendaciones e instrucciones del fabricante para los traslados. Esta operación debe ser evidenciable en el alcance de los permisos de trabajo y ser supervisada por el coordinador de trabajo en alturas garantizando que nunca se realiza con personas sobre el andamio.
11. El trabajo en sistemas de acceso debe incluir el análisis de riesgos para determinar los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables, considerando para su selección la compatibilidad de las conexiones al sistema de acceso y las instrucciones de los fabricantes.
12. El trabajador que tenga la función de realizar el armado y desarmado de andamios y el trabajador que opere equipos para elevación de personas deben contar con capacitación específica enfocada en la seguridad durante las operaciones y atendiendo las instrucciones de los fabricantes y/o las normas nacionales o internacionales aplicables
13. Frente a las medidas de protección contra caídas el contratista debe tener en cuenta:

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

14. Los elementos o equipos de los sistemas de protección contra caídas deben ser certificados y compatibles entre sí en tamaño, figura, materiales, forma, diámetro.
15. Los equipos de protección contra caídas se deben seleccionar y usar según las necesidades determinadas para un trabajador, las condiciones, tipo de la tarea y los sistemas de acceso a utilizar. Todo sistema seleccionado debe: garantizar la seguridad del trabajador al momento de una caída, permitir la distribución de fuerza, amortiguar la fuerza de impacto, garantizar la resistencia de los componentes y estar protegido ante la corrosión o ser aislantes eléctricos, antiestáticos o ignífugos cuando se requieran brindando las demás protecciones a los riesgos asociados que sean requeridas.
16. Los equipos de protección personal para trabajos en alturas se seleccionarán tomando en cuenta los peligros identificados y los riesgos valorados del SGSST y en el programa de prevención y protección contra caídas que sean propios de la labor y sus características, tales como condiciones atmosféricas, presencia de sustancias químicas, espacios confinados, posibilidad de incendios o explosiones, contactos eléctricos, superficies calientes o abrasivas, trabajos con soldaduras, entre otros. Igualmente, se debe tener en cuenta las condiciones fisiológicas del individuo con relación a la tarea y su estado de salud en general. Se deben proteger contra agentes externos que puedan afectar su integridad tales como bordes, filos, cortes, abrasiones, fuentes químicas o de calor excesivo o chispas, entre otros.
17. Todos los elementos y equipos de protección contra caídas deben ser inspeccionados antes de cada uso por parte del trabajador y garantizar su buen estado durante el trabajo. Deben contar con una hoja de vida, deben ser certificados y deben ser resistentes a la fuerza, al envejecimiento, a la abrasión, la corrosión y al calor.
18. Los puntos de anclaje a instalar en caso de que aplique deben ser capaces de soportar mínimo 5.000 libras (22,2 kilo newtons — 2.272 kg) por persona conectada o si están diseñados por una persona calificada como parte de un sistema completo de protección personal contra caídas plenamente identificado, deben ser capaces de soportar la fuerza máxima de la caída manteniendo como mínimo un factor de seguridad de dos (2) teniendo en cuenta todas las condiciones normales de uso del anclaje. Los puntos de anclaje a instalar deben ser seleccionados o instalados de modo que la persona no se golpee contra el nivel inferior o se golpee con estructuras derivadas del efecto de péndulo. Es importante precisar que cuando un anclaje responde a un diseño de ingeniería, después de instalado, debe ser probado por una persona calificada, a través de una metodología probada por autoridades nacionales o internacionales reconocidas emitiendo un documento donde se certifique la realización de dicha prueba, deberá contar con los planos y memorias de cálculo firmados por una persona calificada que garanticen el cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y demás normas nacionales o internacionales aplicables.
19. Para el caso de Las líneas de vida estas deben ser diseñadas y aprobadas en su instalación por una persona calificada la cual debe considerar para su diseño un factor de seguridad no menor que dos (2) en todos sus componentes. Para el caso de líneas de vida horizontales fijas, el instalador deberá contar con el aval del

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

fabricante, por lo cual se debe dar cumplimiento a cabalidad al Art 23 de la resolución 4272 de 2021.

20. El contratista debe garantizar y Constatar que los equipos y sistemas usados en prevención y protección contra caídas sean inspeccionados por lo menos una vez al año o con la periodicidad indicada por el fabricante, conforme a lo establecido normativamente.

21. El contratista debe garantizar los procesos de afiliación y pago oportuno del personal técnico y operativo, teniendo en cuenta que se han generado observaciones constantes frente a este requerimiento.

22. Se evidencia personal sin dotación, de acuerdo a los lineamientos del código sustantivo del trabajo.

23. Se evidencia condiciones de orden y aseo deficientes.

24. El contratista debe implementar medidas de intervención y control por riesgo locativo.

25. Se debe garantizar el cumplimiento de estándares de seguridad para operación de maquinaria y equipos.

26. Se debe presentar la ficha técnica completa del andamio a utilizar con la inclusión de partes del sistema, instalación, desmontaje, manipulación, tablas de cargas, hoja de vida, certificados, entre otros, es importante precisar que el contratista debe garantizar que con acompañamiento del fabricante-proveedor se garantice que el sistema de acceso cumpla con:

✓ completa estabilidad y seguridad del sistema de acceso para trabajo en alturas, de tal forma que este no sufra volcamiento o caída, incluyendo verificar la estabilidad del suelo para la carga a aplicar. Para las estructuras que superen en altura el nivel de auto estabilidad (definido por el fabricante o una norma nacional o internacional aplicable) y acorde a las condiciones de uso (interiores o exteriores), esta verificación debe hacer parte integral del permiso de trabajo y debe responder a un diseño realizado por una persona calificada considerando los parámetros consignados en los manuales entregados por el fabricante.

✓ Todo sistema de acceso para trabajo en alturas, debe ser instalado de manera que se respete su relación de esbeltez para una configuración auto soportada o debe estar debidamente asegurado en forma vertical y/u horizontal, conforme a las especificaciones de uso descritas por el fabricante.

✓ El uso de equipos de izaje de cargas sobre sistemas de acceso debe ser avalada por el fabricante o por una persona calificada, que garantice la estabilidad y resistencia de éste para evitar volcamiento.

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

✓ El sistema de acceso que cuente con una plataforma, debe cubrir la totalidad de la superficie de trabajo y contar con sistema de barandas que cumpla con las disposiciones establecidas en la presente resolución.
✓ Cuando se usen torres de andamios móviles (andamios sobre ruedas) se cumplirán las recomendaciones e instrucciones del fabricante para los traslados. Esta operación debe ser evidenciable en el alcance de los

Agradecemos presentar la subsanación respectiva y dar cumplimiento a cabalidad a los lineamientos normativos

Cordialmente,



(ING) ABDO JOSE SALGADO AYOLA
REPRESENTANTE LEGAL
INTERVENTORIA
Anexos ( ) Folios:

Copia: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA - CÉSAR AUGUSTO SALAMANCA ROJAS - Ordenador de Gasto - Atn. ARQ. SANDRA ZARAMA - calle 146 C Bis No 90 - 57 Bogotá D.C. - infraestructura.suba@gobiernobogota.gov.co

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

GRUPO INARCO S.A.S.

Bogotá, D.C., Julio 19 de 2025

CONTRATO N°1041-2024-041-2025
CONSECUTIVO

Señores:
Fondo de Desarrollo Local De Suba.
A/A Ing. Abdo Salgado Ayola.
Interventor.
Ciudad.

REF.: CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.1032-2024-CMA (119229)

ASUNTO: RESPUESTA ALCANCE COMUNICADO 0162.

De acuerdo a nuestras obligaciones contractuales según el contrato n° 1041 de 2024 cuyo objeto es "reparaciones locativas y/o mantenimiento para salones comunales de las juntas de acción comunal de la localidad de suba, a precios unitarios fijos y a monto agotable" y dando alcance al comunicado 0162 en cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021 se envían los siguientes documentos:

1. Procedimiento de rescate en alturas Santa Elena.
2. Procedimiento alturas salón comunal Santa Elena.
3. Afiliaciones del personal
4. Documentos de rescatista

En espera de su aprobación

Cordialmente,

MARIO DE JESÚS SALAZAR
Representante Legal.
Elaboró: Ing. Milena Pineda – Profesional Sisoma
Reviso: Ing. Héctor Zapata – Director de Obra

Gmail **milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com>**

Inicio de activiades tecnicas Santa Elena

3 messages

Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com> Fri, Jul 11, 2025 at 10:59 AM
To: sstmilenapineda@gmail.com, Grupo Inarco SAS <info@grupoinarco.co>

Cordial saludo :

Teniendo en cuenta el inicio de actividades técnica en el Salon comunal Santa Elena, se solicita al contratista el envío del listado de personal con los soportes de ingreso y aportes al sistema integral de seguridad social, que realizará intervención, así mismo y teniendo en cuenta que se realizará actividades consideradas como trabajo en alturas se requiere el envío del procedimiento de trabajo seguro y requerimientos documentales establecidos por la Resolución 4272 de 2021, previos al inicio de la intervención.

Instamos al contratista al cumplimiento a cabalidad de lineamientos normativos y obligaciones contractuales, de los componentes SST-Ambiental. Así mismo recomendamos la implementación de medidas de control de peligros, riesgos y mitigación de impactos y aspectos ambientales efectivas, que precisen la prevención de accidentes laborales, ambientales y con la comunidad.

Gracias.

Atentamente,

Abdo Salgado
Representante legal interventoria.

---

milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com> Sat, Jul 19, 2025 at 2:38 PM
To: Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com>
Cc: contratos@grupoinarco.co, fbenitezalvarez0@gmail.com, hozapata@gmail.com, info@grupoinarco.co, sandrazarama2005@gmail.com

Buenas tardes

Cordial saludo

Adjunto lo solicitado

Cordialmente

Milena Pineda
Profesional SISOMA

Procedimiento santa elena - alturas.zip

[Quoted text hidden]

CONS 041.pdf
306K

Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com> Sat, Jul 19, 2025 at 2:39 PM
To: sstmilenapineda@gmail.com

ordialmente,

OFICINA DE INTERVENTORIA / INGENIERO. ABDO JOSE SALGADO AYOLA.

"PRUEBA ELECTRÓNICA: AL RECIBIR EL ACUSE DE RECIBO POR PARTE DE ESA DEPENDENCIA, SE ENTENDERÁ COMO ACEPTADO Y SE RECEPCIONARÁ COMO DOCUMENTO PRUEBA DE LA ENTREGA DEL USUARIO. (LEY 527 DEL 18-08-1999) RECONOCIMIENTO JURÍDICO DE LOS MENSAJES DE DATOS EN FORMA ELECTRÓNICA A TRAVÉS DE LA REDES TELEMÁTICAS"

GRUPO INARCO S.A.S.

Bogotá, D.C., Julio 24 de 2025

CONTRATO N°1041-2024-046-2025
CONSECUTIVO

Señores:
Fondo de Desarrollo Local De Suba.
A/A Ing. Abdo Salgado Ayola.
Interventor.
Ciudad.

REF.: CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.1032-2024-CMA (119229)

ASUNTO: RESPUESTA COMUNICADO 0174.

1. Se recomienda no incluir el espacio de fecha de aprobación por parte de la interventoría, en el informe.
Respuesta:

Según la recomendación por parte de ustedes se elimina la fecha con el fin dejar el espacio libre para que la interventoría haga uso de ella de acuerdo a la fecha de aprobación.

Respuesta:

2. Se evidencia errores en el periodo reportado.

Respuesta:

Se ajustan las fechas dando alcance a la solicitud

3. El certificado de pago de parafiscales debe contener la tarjeta profesional y el certificado de vigencia de la contadora.

Respuesta:

Se adiciona en el informe según lo solicitado.

4. El informe indica (…) “Teniendo en cuenta el cumplimiento legal de la IPS, se estará enviando el personal profesional del proyecto al examen médico de ingreso” agradecemos aclarar esta afirmación, teniendo en cuenta que a la fecha todo el personal debe contar con la evaluación médica respectiva.

Respuesta:

Teniendo en cuenta que mensualmente se vincula personal operativo, por lo cual los exámenes de ingreso son recurrentes

5. Se presenta un certificado de novedades de ingreso, el cual no presenta la relación del periodo reportado completo.

Respuesta:

La acción correctiva se anexa en el presente informe relacionando el personal nuevo que ingreso durante el periodo y el personal que se retiró.

6. Las planillas de aportes deben corresponder al periodo de salud-servicio del mes de junio, así mismo agradecemos presentar los soportes de aportes al sistema integral de seguridad social de todo el personal relacionado en la tabla No 01, teniendo en cuenta que se evidencia faltantes.

Respuesta:

En efecto se evidencio que faltaba anexar la planilla de seguridad del señor Javier Cantillo, y de la profesional social Martha Parra se anexa dicha planilla faltante, por otro lado el señor William Alfredo Ramirez y William Alberto Ortegón estos trabajadores se reiteró en el oficio 0017 emitido por ustedes que la afiliaciones

había que corregirlas según el decreto 723 de 2013, y se aclaró en el oficio 034 realizar la debida corrección al iniciar labores de desinstalación de teja nuevamente, Asi mismo, dichos trabajadores efectuaron corrección y se anexaran en el informe sst #03 que aplica para el periodo que laboraron, de igual manera la interventoría ya cuenta con las debidas afiliaciones las cuales fueron relacionadas en el oficio 041 emitidas el día sábado 19 de julio del 2025.

Se recomienda presentar los certificados de accidentalidad de las empresas sub contratistas emitidas por las ARL.

Respuesta:

En el informe sst #2 anexo 1D. Certificado de accidentalidad - indicadores resolución 0312, se encuentra relacionados los certificados de las empresas subcontratistas y del Grupo Inarco, es de reiterar que la empresa registrada con la razón social Jhon Oñate identificada con nit 1024506736, emitió un certificado donde informa que durante el periodo correspondiente al informe en mención no se presentó ningún tipo accidentes, lo anterior en razón a que no fue posible descargar el certificado de la página de la ARL.

8. El personal que reporta afiliación como independiente debe cumplir los lineamientos del decreto 723 de 2013, teniendo en cuenta que no se está dando cumplimiento de acuerdo al soporte presentado, así mismo le recordamos que todo el personal vinculado al proyecto debe estar afiliado en riesgo 5.

Respuesta:

En atención a requerimientos de afiliación de personal a riesgo 5 relacionado con proyecto. Damos parte que todo el personal de obra requerido y ofertado contractualmente cuenta con el cubrimiento en mención. Sin embargo el Grupo Inarco puso a su disposición y a sus costos personal administrativo social (no contractual) de apoyo para la atención a la comunidad, personal que como se informa ejecuta labores administrativas y no está expuesta a riesgos de obra. Por lo anterior el cubrimiento es 100 % administrativo.

9. Se debe revisar que los anexos sean acordes a la descripción de la portada.

Respuesta:

Se ajustan los anexos dando alcance a la solicitud

10. No se evidencia registro de calificación de las evaluaciones de inducción.

Respuesta:

Se ajustan el soporte correspondiente dando alcance a la solicitud en el anexo 1B. Registros de asistencias a capacitaciones

11. No se evidencia evaluación de las capacitaciones impartidas, se sugiere incluir al personal técnico-administrativo en las jornadas y presentar el cronograma de capacitación, con análisis de indicadores.

Respuesta:

La retroalimentación a las capacitaciones se realizan de manera verbal, donde atra vez de una dinámica de preguntas de manera aleatoria se refuerzan y se valida la efectividad de la información suministrada por la profesional SST asi mismo el cronograma solicitado será elaborado y anexado para el informe #4.

12. Frente al personal retirado, el contratista debe aclarar si, el personal tenía contratación directa o por medio de empresas contratistas, teniendo en cuenta que el soporte de paz y salvo refiere conceptos de aportes al sistema integral de seguridad social por medio de INARCO, así mismo se debe incluir los soportes de remisión a evaluación médica ocupacional de egreso.

Respuesta:

La contratación se realiza a través de empresas contratistas, ante la imposibilidad de ubicar nuevamente a los ex trabajadores, ya que en comunicación telefónica informan que se encuentran laborando fuera de la ciudad por lo anterior esta observación se

tendrá en cuenta para los próximos retiros de los trabajadores. Respecto a la solicitud de la remisión del examen de egreso se encuentra emergida dentro de la mismo paz y salvo “Así mismo, declaro que he sido notificado acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.” Esto se seguirá direccionando a los trabajadores de la misma manera.

13. El contratista afirma (…) El Índice de Ausentismo fue 0,0 puesto que se presentó un ausentismo durante el periodo de este informe, cero (0) días de ausentismo por AT y (0) días de ausentismo por enfermedad general y laboral. Agradecemos revisar y aclarar esta afirmación.

Respuesta:

Se subsana dicha observación.

14. El contratista afirma: (…) “Se ejecutaron dentro del plan anual actividades de revisión en el periodo especifico correspondiente al mes de mayo con un cumplimiento del 40.7%., agradecemos revisar y corregir.

Respuesta:

Se cumple con la meta establecida a corte de junio, es de resaltar que el cumplimiento al 100% del plan de trabajo del SG-SST se refleja al finalizar el año (diciembre)

15. Las actividades del plan de trabajo anual, que fueron ejecutadas, deben contar con el respectivo soporte presentado en su totalidad en los anexos del informe, así mismo es necesario aclarar los soportes presentados dado que no son específicos y generan confusión al lector.

Respuesta:

Dentro del anexo se contempla los soportes del plan anual los cuales son:
Soporte de las campañas que hacer en caso de sismo enviada por Whatsapp al personal
Soporte de evaluación de proveedores y contratistas,
Capacitación emitida de prevención de riesgos.

En el anexo 1E entrega de epp- matriz de epps se encuentra soporte de entrega de EPP.

En el anexo 1I. Inspección de equipos de emergencia se encuéntralas inspecciones realizadas a los equipos de emergencia.

En el anexo 1H. Pre operacional-permisos – ATS, se encuentra las inspecciones realizadas a los equipos y herramientas.

En el anexo: 1D. Certificado de accidentalidad - indicadores resolución 0312- se adiciona los indicadores que soportan la actualización.

16. Se recomienda contar con vigía y/o COPASST, Comité de convivencia perteneciente al proyecto.

Respuesta:

En el oficio 034 se aclaró que dicha elección se efectuaría para el informe SST #3

17. El contratista debe justificar el no uso de puntos de anclajes con las características y requerimientos de la Resolución 4272 de 2021. De acuerdo al soporte presentado en la página 194.

Respuesta:

Una vez realizado el retiro de la cubierta y la estructura se evidencio en los hallazgos recabados que no se contaba con puntos de anclaje que soportaran las 5000 lb, que estipula la Resolución 4272 de 2021, por ende dentro del registro se realiza la observación pertinente de dicho hallazgo, lo anterior fue corroborado por las áreas técnicas de interventoría y contratista.

18. Se debe incrementar el registro fotográfico.

Respuesta:

Se ajusta el registro fotográfico dando alcance a la solicitud

19. Se debe presentar el registro de indicadores de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019.

Respuesta:

Se ajusta el registro de indicadores dando alcance a la solicitud en el anexo 1D certificado de accidentalidad

20. El contratista debe presentar los certificados de competencia del personal que realizo trabajo en alturas, trabajo con energías (trabajo en caliente) y trabajo con riesgo eléctrico.

Respuesta:

Este requerimiento fue relacionado en el informe #1 en el anexo 1ª afiliaciones se encuentra los certificados de trabajo en alturas, adicional en el informe # 2 se envió el certificado de soldador anexando carta de idoneidad, en cuanto a trabajo eléctricos se tiene previsto enviar soportes de labores con riesgo de electricidad para el informe #3 lo anterior, debido a que a la fecha no se han realizado labores eléctricas.

21. Se debe adjuntar los soportes de seguridad social del personal flotante.

Respuesta:

Se ajusta dando alcance a la solicitud en el anexo 1ª afiliaciones

En espera de su aprobación

Cordialmente,

MARIO DE JESÚS SALAZAR
Representante Legal.
Elaboró: Ing. Milena Pineda – Profesional Sisoma
Reviso: Ing. Héctor Zapata – Director de Obra

Gmail milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com>

Susbsanación observaciones informe SST #2 del 03 de junio al 02 de julio del 2025

2 messages

milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com> Thu, Jul 24, 2025 at 3:21 PM
To: Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com>
Cc: hozapata@gmail.com, info@grupoinarco.co, contratos@grupoinarco.co, sandrazarama2005@gmail.com, fbenitezalvarez0@gmail.com

Buenas tardes

Cordial saludo

Adjunto envío subsanación de observaciones informe SST del 03 de junio al 02 de julio del 2025 para el contrato 1041 del 2024.

Cordialmente

Milena Pineda
Profesional SISOMA

INFORME SST 2.zip

CONS 046.pdf
352K

Abdo Salgado <abdo.suba2024@gmail.com> Sat, Aug 2, 2025 at 8:39 AM
To: milena pineda <sstmilenapineda@gmail.com>

Cordial saludo:

Agradecemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Las planillas de aportes deben corresponder al periodo de salud-servicio del mes de junio(revisar y corregir planilla de Jhon Jairo Beltran, así mismo agradecemos presentar los soportes de aportes al sistema integral de seguridad social de todo el personal relacionado en la tabla No 01, teniendo en cuenta que se evidencia faltantes.
2. El personal que reporta afiliación como independiente debe cumplir los lineamientos del decreto 723 de 2013, teniendo en cuenta que no se está dando cumplimiento de acuerdo al soporte presentado, así mismo le recordamos que todo el personal vinculado al proyecto debe estar afiliado en riesgo 5. Tener en cuenta para el informe 3.
3. Se debe revisar que los anexos sean acordes a la descripción de la portada se evidencia soportes de idoneidad en el anexo referente a aportes al sistema integral de seguridad social.
4. El contratista debe justificar el no uso de puntos de anclaje con las características y requerimientos de la Resolución 4272 de 2021. De acuerdo al soporte presentado se le recuerda que los puntos utilizados deben contar con el aval de personal calificado.
5. Teniendo en cuenta el compromiso de subsanación de las observaciones realizadas por la interventoría al informe de gestión SST No 01, Agradecemos, establecer un apartado específico para la subsanación de los requerimientos pendientes con la descripción de las acciones efectuadas por el contratista y los respectivos soportes.
6. El contratista debe relacionar, las respuestas de los requerimientos solicitados por la interventoría en el informe de gestión, solicitud explícita de la entidad

Gracias !!!

[Quoted text hidden]

ABDO J. SALGADO AYOLA
INGENIERO CIVIL

Bogotá D.C. 19 de julio de 2025

CTO 1032-2025-0174

Señores:
GRUPO INARCO S.A.S
MARIO DE JESUS SALAZAR
Representante Legal
Calle 24b #81c-05
Bogotá D.C.
info@grupoinarco.co

REF: CONTRATO DE INTERVENTORIA No.**1032-2024-CMA (119229)**

Objeto: "REALIZAR LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, FINANCIERA, JURÍDICA, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) AL CONTRATO PARA "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS Y A MONTO AGOTABLE LAS OBRAS DE REPARACIONES LOCATIVAS Y/O MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FISICA PARA SALONES COMUNALES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL DE LA LOCALIDAD DE SUBA"

ASUNTO: RESPUESTA REVISION INFORMES DE GESTION SST No 02

Cordial saludo,
De acuerdo a nuestras obligaciones contractuales y a la revisión efectuada al informe de gestión SST del periodo comprendido, entre el 03 de junio y el 02 de julio de 2025, la interventoría presenta las siguientes observaciones:

1. Se recomienda no incluir el espacio de fecha de aprobación por parte de la interventoría, en el informe.
2. Se evidencia errores en el periodo reportado.
3. El certificado de pago de parafiscales debe contener la tarjeta profesional y el certificado de vigencia de la contadora.
4. El informe indica (…) "Teniendo en cuenta el cumplimiento legal de la IPS, se estará enviando el personal profesional del proyecto al examen médico de ingreso" agradecemos aclarar esta afirmación, teniendo en cuenta que a la fecha todo el personal debe contar con la evaluación médica respectiva.
5. Se presenta un certificado de novedades de ingreso, el cual no presenta la relación del periodo reportado completo.
6. Las planillas de aportes deben corresponder al periodo de salud-servicio del mes de junio, así mismo agradecemos presentar los soportes de aportes al sistema integral de seguridad social de todo el personal relacionado en la tabla No 01, teniendo en cuenta que se evidencia faltantes.

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

7. Se recomienda presentar los certificados de accidentalidad de las empresas sub contratistas emitidas por las ARL.
8. El personal que reporta afiliación como independiente debe cumplir los lineamientos del decreto 723 de 2013, teniendo en cuenta que no se está dando cumplimiento de acuerdo al soporte presentado, así mismo le recordamos que todo el personal vinculado al proyecto debe estar afiliado en riesgo 5.
9. Se debe revisar que los anexos sean acordes a la descripción de la portada.
10. No se evidencia registro de calificación de las evaluaciones de inducción.
11. No se evidencia evaluación de las capacitaciones impartidas, se sugiere incluir al personal técnico-administrativo en las jornadas y presentar el cronograma de capacitación, con análisis de indicadores.
12. Frente al personal retirado, el contratista debe aclarar si, el personal tenía contratación directa o por medio de empresas contratistas, teniendo en cuenta que el soporte de paz y salvo refiere conceptos de aportes al sistema integral de seguridad social por medio de INARCO, así mismo se debe incluir los soportes de remisión a evaluación médica ocupacional de egreso.
13. El contratista afirma (…) El Índice de Ausentismo fue 0,0 puesto que se presentó un ausentismo durante el periodo de este informe, cero (0) días de ausentismo por AT y (0) días de ausentismo por enfermedad general y laboral. Agradecemos revisar y aclarar esta afirmación.
14. El contratista afirma: (…) "Se ejecutaron dentro del plan anual actividades de revisión en el periodo especifico correspondiente al mes de mayo con un cumplimiento del 40.7%., agradecemos revisar y corregir.
15. Las actividades del plan de trabajo anual, que fueron ejecutadas, deben contar con el respectivo soporte presentado en su totalidad en los anexos del informe, así mismo es necesario aclarar los soportes presentados dado que no son específicos y generan confusión al lector.
16. Se recomienda contar con vigía y/o COPASST, Comité de convivencia perteneciente al proyecto.
17. El contratista debe justificar el no uso de puntos de anclajes con las características y requerimientos de la Resolución 4272 de 2021. De acuerdo al soporte presentado en la página 194.
18. Se debe incrementar el registro fotográfico.
19. Se debe presentar el registro de indicadores de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019.
20. El contratista debe presentar los certificados de competencia del personal que realizo trabajo en alturas, trabajo con energías (trabajo en caliente) y trabajo con riesgo eléctrico.
21. Se debe adjuntar los soportes de seguridad social del personal flotante.

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es

22. Teniendo en cuenta el compromiso de subsanación de las observaciones realizadas por la interventoría al informe de gestión SST No 01, Agradecemos, establecer un aparatado específico para la subsanación de los requerimientos pendientes con la descripción de las acciones efectuadas por el contratista y los respectivos soportes.
23. El contratista debe relacionar, las respuestas de los requerimientos solicitados por la interventoría en el informe de gestión.

Agradecemos presentar la subsanación de forma prioritaria en un plazo no mayor a (01) día a partir de la recepción del presente comunicado.

Cordialmente,

(ING) ABDO JOSE SALGADO AYOLA
REPRESENTANTE LEGAL
INTERVENTORIA
Anexos ( ) Folios:

Copia: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA - CÉSAR AUGUSTO SALAMANCA ROJAS - Ordenador de Gasto - Atn. ING JUAN PABLO SARMIENTO R - calle 146 C Bis No 90 - 57 Bogotá D.C. - infraestructura.suba@gobiernobogota.gov.co

Edificio Autopista El Dorado, calle 26 # 40-31 Apartamento 2001
Teléfono: 601 4704939, Celular: 310 727 22 36
E mail: abdosalgado@yahoo.es - abdosalgado2@yahoo.es