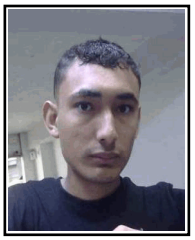
RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.842

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

MORALES GOMEZ JOSE FRANCISCO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	20 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS	CC	1050543962
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORALES GOMEZ JOSE FRANCISCO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1050543962

O1130U1A7842

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Agosto 06 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: CONSORCIO ESPACIOS BGA
Plan: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: JUAN DIEGO MARQUEZ GUTIERREZ
Identificación: 1096191359
Fecha de Nacimiento: Septiembre 23 de 1987
Edad: 37
Cargo: OFICIAL DE OBRA
EPS: NUEVA EPS S.A.
Registro: 646389





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA TRABAJOS EN ALTURA	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

VISIOMETRIA	GLICEMIA PRE	TRIGLICERIDOS	COLESTEROL TOTAL
AUDIOMETRIA TONAL	VALORACION OSTEOMUSCULAR	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	VALORACION PARA TRABAJOS EN ALTURA
ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19			

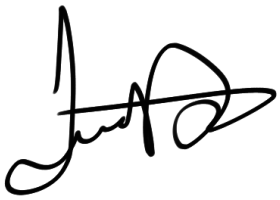
Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Agosto 06 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: MONICA INES VILLAREAL
Documento: 55234320
Registro Médico: 1319033
Licencia SST: 0033480

Firma del trabajador:



JUAN DIEGO MARQUEZ GUTIERREZ
Documento No. 1096191359

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Agosto 06 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: CONSORCIO ESPACIOS BGA
Plan: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: LUIS EDUARDO CAICEDO AMAYA
Identificación: 1070607454
Fecha de Nacimiento: Noviembre 30 de 1991
Edad: 33
Cargo: OFICIAL DE OBRA
EPS: COOSALUD EPS
Registro: 646390





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA TRABAJOS EN ALTURA	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	USO DE DOBLE EPP AUDITIVA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	EJERCICIO 150 MINUTOS SEMANAL, FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NINGUNA

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NINGUNA

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

VISIOMETRIA	GLICEMIA PRE	TRIGLICERIDOS	COLESTEROL TOTAL
AUDIOMETRIA TONAL	VALORACION OSTEOMUSCULAR	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	VALORACION PARA TRABAJOS EN ALTURA
ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19			

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Agosto 06 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: FRANCISCO JAVIER OTALORA ATENCIO
Documento: 1082846901
Registro Médico: 4798
Licencia SST: 24090

Firma del trabajador:

LUIS CAICEDO

LUIS EDUARDO CAICEDO AMAYA
Documento No. 1070607454

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.839

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARTINEZ ATENCIA MANUEL ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS 5 MESES 16 DÍAS	CC	781114085
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

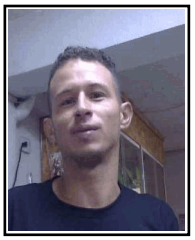
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ ATENCIA MANUEL ANTONIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	781114085
				C1130I1O7839		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.843

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

SAGUANES MONTOYA OMAR YESID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC	1002364251
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SAGUANES MONTOYA OMAR YESID

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1002364251

R1130X1D7843

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.684

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

VALENCIA JAIMES RICARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 5 MESES 29 DÍAS	CC	13871291
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VALENCIA JAIMES RICARDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	13871291
				L1130R1X7684		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.585

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

GUERRERO ATENCIA TILSO RAMON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	CC	1050546986
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

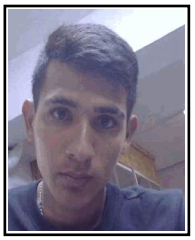
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUERRERO ATENCIA TILSO RAMON

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1050546986
				Q1130W1C7585		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.844

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARTINEZ LOZANO WEINER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	21 AÑOS 4 MESES 29 DÍAS	CC	1050543805
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MARTINEZ LOZANO WEINER

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1050543805
				S1130Y1E7844		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.783

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

MONTES JIMENEZ ADALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS	CC	1067809280
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

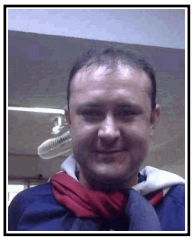


Firma:

Nombre: MONTES JIMENEZ ADALBERTO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1067809280
				D1130J1P7783		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.678

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

LEON CELIS BRAYAN YESID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 6 MESES 20 DÍAS	CC	1102389090
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LEON CELIS BRAYAN YESID

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1102389090
				C1130I1O7678		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.664

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

GOMEZ CORTES CARLOS HUMBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS	CC	1098692622
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GOMEZ CORTES CARLOS HUMBERTO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1098692622
				X1130D1J7664		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.538

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

FLOREZ PAREDES CHRISTIAN GABRIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC	91352933
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

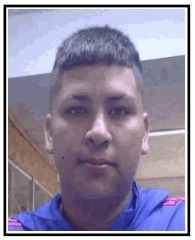
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FLOREZ PAREDES CHRISTIAN GABRIEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91352933
				V1130B1H7538		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.679

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

GARCIA APARICIO DANILSON ALEXIS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	18 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC	1102357111
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

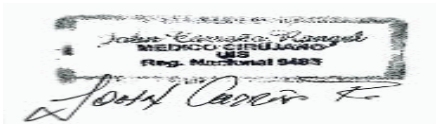
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:



Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad

Q1130W1C7679

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: GARCIA APARICIO DANILSON ALEXIS

CC: 1102357111

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.707

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

PATIÑO AMAYA ELKIN GIOVANNY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS	CC	1095796696
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPPS, AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

R. M.: 6898/93 **L.S.O.:** 20009/2022

Código de Seguridad
Y1130E1K7707

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PATIÑO AMAYA ELKIN GIOVANNY

CC: 1095796696

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.736

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

MURILLO ARDILA ELKIN JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS	CC	91355355
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : RESTRINGUIR HARINAS PRECOCIDAS Y GRASAS SATURADAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPPS, AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MURILLO ARDILA ELKIN JESUS

R. M.:	6898/93	L.S.O.:	20009/2022	Código de Seguridad	CC:	91355355
				E1130K1Q7736		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.541

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

ARENILLA PALOMINO EUDES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	48 AÑOS 2 MESES 13 DÍAS	CC	85270698
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APLAZADO POR ALTURA APTO PARA TERRENO PLANO*

APTO	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARENILLA PALOMINO EUDES

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	85270698
				R1130X1D7541		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.807

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

PAUL SUESCUN FERNANDO ESTIVEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	18 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS	CC	1102359422
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	OTROS	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PAUL SUESCUN FERNANDO ESTIVEN

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1102359422
				W1130C1I7807		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.802

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

GUERRERO PONTON FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	18928956
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUERRERO PONTON FERNANDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	18928956
				W1130C1I7802		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CAMPOS CONTRERAS JESUS DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC	1090420679
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

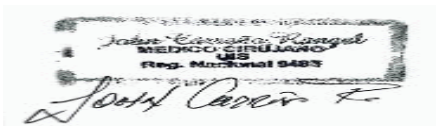
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

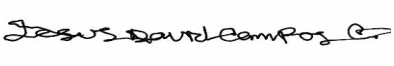
Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



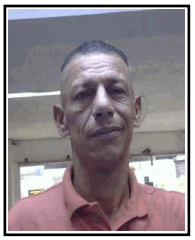
Firma:

Nombre: CAMPOS CONTRERAS JESUS DAVID

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1090420679

K1130Q1W7817

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.806

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RIOS LOZANO JOSE GREGORIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	48 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC	91500094
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
Q1130W1C7806

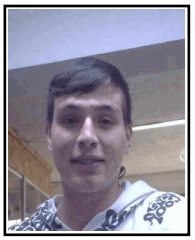
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RIOS LOZANO JOSE GREGORIO

CC: 91500094

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.809

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

CASTELLANOS PLATA JUAN SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	18 AÑOS 6 MESES 1 DÍAS	CC	1097097968
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

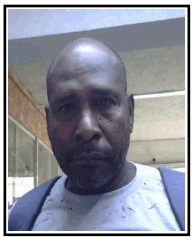


Firma:

Nombre: CASTELLANOS PLATA JUAN SEBASTIAN

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1097097968
				B1130H1N7809		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.575

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS**

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	**CONSORCIO ESPACIOS BGA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

CORTES GOMEZ LUIS ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	51 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	CC	18188288
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

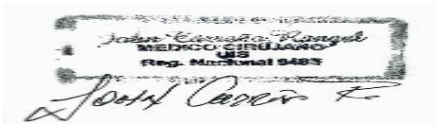
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma: 			**Firma:** 
Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO			**Nombre:** CORTES GOMEZ LUIS ALBERTO
R. M.: 09128	**L.S.O.:** 21805 DE 2021	**Código de Seguridad** L1130R1X7575	**CC:** 18188288

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.540

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

AMARIS MORA LUIS EMILIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 3 MESES 24 DÍAS	CC	1085044779
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

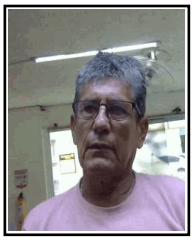


Firma:

Nombre: AMARIS MORA LUIS EMILIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1085044779
				U1130A1G7540		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.825

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

AVILA LIZCANO MARTIN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	60 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC	91343156
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: AVILA LIZCANO MARTIN

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91343156
				F1130L1R7825		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.539

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARIN RAMIREZ MARTIN EUSTAQUIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	59 AÑOS 6 MESES 5 DÍAS	CC	91244500
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

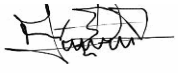
Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MARTIN RAMIREZ MARTIN EUSTAQUIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91244500

P1130V1B7539

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.735

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

BLANCO PUERTO MIGUEL ARTURO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC	1095914883
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPPS, AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

R. M.: 6898/93 **L.S.O.:** 20009/2022

Código de Seguridad
R1130X1D7735

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BLANCO PUERTO MIGUEL ARTURO

CC: 1095914883

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.542

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MORA VIBANCO ROYMER DE JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	66 AÑOS 11 MESES 11 DÍAS	CC	944869
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORA VIBANCO ROYMER DE JESUS

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	944869
				J1130P1V7542		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.683

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MORA ARENILLA YAIR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	48 AÑOS 5 MESES 27 DÍAS	CC	9169148
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORA ARENILLA YAIR

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	9169148
				T1130Z1F7683		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CABALLERO RINCON YERSON RAUL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS	CC	1102363863
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

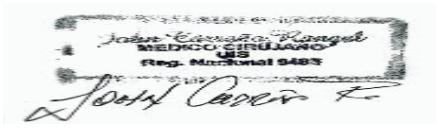
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

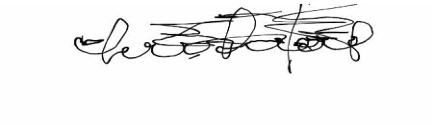
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
V1130B1H7543

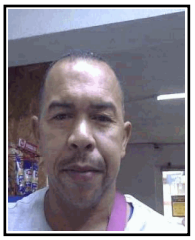
Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CABALLERO RINCON YERSON RAUL

CC: 1102363863

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.677

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MORENO HERNANDEZ YOEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS 11 MESES 30 DÍAS	PT	3943040
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORENO HERNANDEZ YOEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	PT:	3943040

U1130A1G7677

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.709

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

CHACON CARRILLO YOINER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	CC	1049023361
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : POR AUMENTO ANORMAL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPPS, AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

R. M.: 6898/93 **L.S.O.:** 20009/2022

Código de Seguridad
I1130O1U7709

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CHACON CARRILLO YOINER

CC: 1049023361

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.253

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

PEDRAZA BARRERA CHRISTIAN ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 11 MESES 28 DÍAS	CC	1098740897
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO RESIDENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

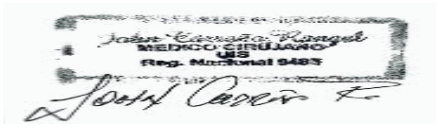
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma: 			**Firma:** 
Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO			**Nombre:** PEDRAZA BARRERA CHRISTIAN ANDRES
R. M.: 09128	**L.S.O.:** 21805 DE 2021	**Código de Seguridad** I1130O1U7253	**CC:** 1098740897

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.676

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RIVEROS VERGARA EDWARD ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS	CC	1090416890
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR HSE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RIVEROS VERGARA EDWARD ANDRES

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1090416890
				G1130M1S7676		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.440

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

DIAZ SANTOS GERMAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 19 DÍAS	CC	13540513
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

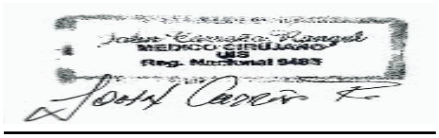
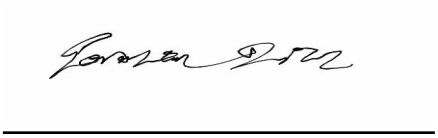
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
TRIGLICERIDOS	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico				Aspirante o Trabajador
Firma:				**Firma:** 
Nombre:	CC: 85450825 - JOHN CARREÑO			**Nombre:** DIAZ SANTOS GERMAN
R. M.:	09128	**L.S.O.:** 21805 DE 2021	**Código de Seguridad** X1130D1J7440	**CC:** 13540513

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.242

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CAMARGO VANEGAS JUAN DAVID	MASCULINO	27 AÑOS 7 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1098802208 (Número)

Cargo
INGENIERO AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

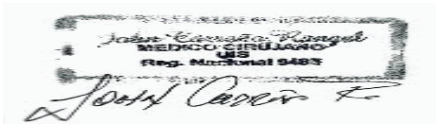
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
H1130N1T7242

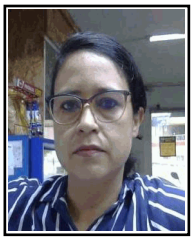
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAMARGO VANEGAS JUAN DAVID

CC: 1098802208

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.431

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARQUEZ TORRES LUZ STELLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	43 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC	63528090
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL HSEQ

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

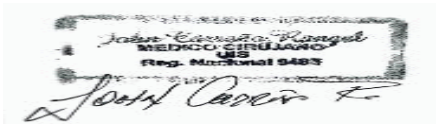
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
R1130X1D7431

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MARQUEZ TORRES LUZ STELLA

CC: 63528090

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.224

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ADECUACIONES BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARIN TIRADO SERGIO ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	1102366131
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO RESIDENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

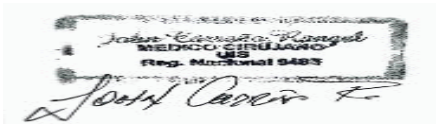
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

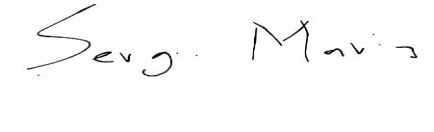
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
U1130A1G7224

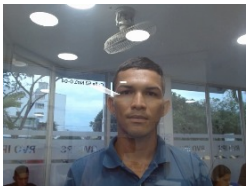
Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MARIN TIRADO SERGIO ALBERTO

CC: 1102366131

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Junio 03 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: ESPACIOS BGA
Plan: SALUD OCUPACIONAL
Nombre: LUIS ALFREDO ARIAS
Identificación: 1096253641
Fecha de Nacimiento: Agosto 06 de 1999
Edad: 25
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
EPS: NUEVA EPS S.A.
Registro: 639472





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

VISIOMETRIA	GLICEMIA PRE	TRIGLICERIDOS	COLESTEROL LDL
COLESTEROL HDL	COLESTEROL TOTAL	AUDIOMETRIA TONAL	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO
VALORACION OSTEOMUSCULAR	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	

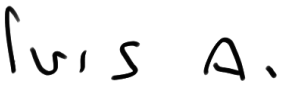
Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Junio 03 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: MONICA INES VILLAREAL
Documento: 55234320
Registro Médico: 1319033
Licencia SST: 0033480

Firma del trabajador:



LUIS ALFREDO ARIAS
Documento No. 1096253641

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.723

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO SANABRIA LUIS CARLOS	MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1098749820 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : RESTRINGIR HARINAS PRECOCIDAS Y GRASAS SATURADAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: Ricardo Bejarano G. Médico Cirujano R.M. 6898/93 - MSP Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo LSS - 2000979 2022

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTRO SANABRIA LUIS CARLOS

R. M.:	6898/93	L.S.O.:	20009/2022	Código de Seguridad	CC:	1098749820
				L1130R1X7723		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.492

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	**08** MES	**2025** AÑO	**BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS**

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	**CONSORCIO ESPACIOS BGA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

HERNANDEZ PAREDIS JOSE LUIS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 6 MESES 19 DÍAS	CC	1001877961
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APTO PARA ALTURAS POR DALTONISMO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

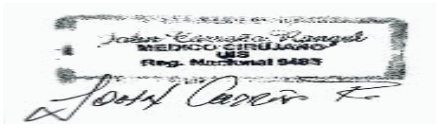
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

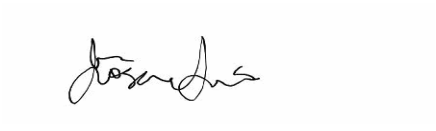
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
X1130D1J7492

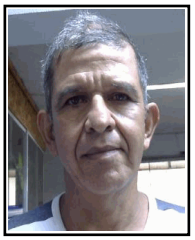
Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: HERNANDEZ PAREDIS JOSE LUIS

CC: 1001877961

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.606

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PALENCIA MORENO JOSE ALFREDO	MASCULINO	54 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	13506420 (Número)

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PALENCIA MORENO JOSE ALFREDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	13506420
				Z1130F1L7606		

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
Luis Felipe Pico Romero		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
CEDULA	CARGO		L	36	42	
1099662201	Maestro					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
13	08	2025	2	2	1	1			1	1					1		
30	08	2025							1								

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
JOSE ALSIDO DE LA ROSA		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
CEDULA	CARGO					
	AYUDANTE					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP													FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
30	08	2025							1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Alexander Cervantes			L	32	41	
CEDULA						
85272131	Ayudante					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
13	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Alex
15	08	2025													1		Alex

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Manuel Rincón Zambrano	Ayudante		L	30	42	
CEDULA						
1004504.926						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
13	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Manuel
25	08	2025													1		Manuel

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Esneider Rincon	Andante		M	30	40	
CEDULA						
1007572304						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
13	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Esneider
26	08	2025													1		Esneider
05	09	2025							1						1		Esneider

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002 | Versión: 02 | Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Uriel Caamaño Z			XXL	36	42	
CEDULA						
5046350	Maestro					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
15	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Juan Pablo Rojas			M	32	38	
CEDULA						
1098731128	Ayudante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
15	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Juan Pablo Rojas

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

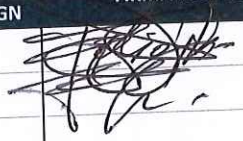
CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Fabio Stigman Parada Chacón			M	34	41	
CEDULA	CARGO					
91.494.735	Ayudante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
20	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		
23	08	2025													1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE: JOSE ALFREDO PALENCIA

CEDULA: 13506420

CARGO: OFICIAL

TALLAS

OV	CM	PT	BOTAS	CHR
	L	32	39	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
20	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		JOSE A. Palencia
05	09	25													1		JOSE A. Palencia

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE: BRAYAN JOSE CAMPOS DE LA ROSA

CEDULA: 1193208894

CARGO: Ayudante

TALLAS

OV	CM	PT	BOTAS	CHR
	L	36	43	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
20	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		BRAYAN
26	08	2025							1								BRAYAN
03	09	25							1								BRAYAN

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
LUIS RINCON MARTINEZ			S	30	40	
CEDULA	CARGO					
85.116.717	Ayudante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
20	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Julio

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
EULISES CAAMAÑO			M	32	40	
CEDULA						
91.441682	OFICIAL					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
20	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		
05	09	25													1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
YEIDER DAVID JIMENEZ PABA	Ayudante				41	

CEDULA: 1007272297

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
29	08	2025				1											Yeider Jimenez

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
EDUARDO LEON	OFICIAL		L	32		
CEDULA						
88205.620						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
28	08	2025	2	2	1				1	1		1			1		
05	09	2025													1		

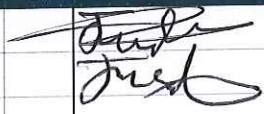
CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
JUAN DAVID RINCON		S	28	39	

CEDULA	CARGO
1085035517	Ayudante

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
25	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		
05	09	25							1						1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	TALLAS				
	OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Luis Gabriel Vasquez Osorio				41	
CEDULA	**CARGO**				
1051610805	Ayudante				

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
05	09	25			1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**Cód:** SST-FOR-002 **Versión:** 02 **Fecha:** 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Edermit Rivera Martinez	1085171650	Ayudante					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
05	09	25													1		Edermit S.

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002

Versión: 02

Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
EUDES ARENILLA	AUDANTE		L	34	43	
CEDULA						
85270698						

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
19	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
LUIS EMILIO AMARIS MORA	1085044779	AYUDANTE	M	M	32	42	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
19	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		AMARIS M
04	09	2026														1	AMARIS M

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
YERSON RAUL CABALLERO	1102363863	AYUDANTE	L	XL	34	40	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
19	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		
08	09	2025														1	

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
LUIS ALBERTO CORTES	OFICIAL	L	L	36	42	
CEDULA						
18188288						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
19	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		
04	09	2025														1	

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
ROIMEL MORA VIBANCO		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
CEDULA	CARGO		L	34	43	
944869	AYUDANTE					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
19	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
MARTIN MARIN RAMIREZ			M	32	40	
CEDULA	CARGO					
91244500	MAESTRO					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
14	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES		XL	XL	36	42	
CEDULA	CARGO					
91.352.933	AYUDANTE					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
19	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		CRISTIAN GABRIEL
03	09	2025													1		CRISTIAN GABRIEL
04	09	2025														1	CRISTIAN GABRIEL

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Brayan Yesid León Celis	1102309090	Ayudante de obra.		XL		42	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
26	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		BRAYAN León

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Danilsen Garcia	Ayudante de obra		XL	40	42	
CEDULA 1102357111						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
26	08	2025	2	2	1	1			1	1		1					Danilsen Garcia

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
YAIR MORA ARENILLA			M	30	40	
CEDULA	CARGO					
9169148	OFICIAL					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP													FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
25	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		
26	08	2025				1											

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: Se realiza entrega el 26-8-25 de tapabocas, careta facial y protector auditivo tipo copa

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
CARLOS HUMBERTO GOMEZ CORTES			L	36	40	
CEDULA	CARGO					
1098692622	AYUDANTE					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
25	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		carlos Gomez

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
ELKIN ENRIQUE ROJAS	AUDANTE		L	34	41	
CEDULA 71183147						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
29	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Enrique

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
JOSE GABRIEL ESPINOSA			XL	38	42	
CEDULA	CARGO					
1005151329	AUXILIAR					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
25	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		JOSE GABRIEL
28	08	2025													1		JOSE GABRIEL

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
RAUL CANIZARES LASSO			M	32	41	
CEDULA	CARGO					
91.498.567	Ayudante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
28	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Raul Canizares

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Luis Ortiz Bueno			M	32	38	
CEDULA						
1095839951	Ayudante					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
28	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Luis A. Ortiz

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
RAFAEL ORLANDO PEREZ	OFICIAL		L	36	41	
CEDULA						
88306148						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
25	08	2025	2	2	1	1			1	1		1			1		Rafael O. Perez L.

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002

Versión: 02

Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Cristian Bohorquez Goyes	Oficial		L	34	46	

CEDULA: 1234338819

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
29	8	2025	2	2	1	1			1	1			1		1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: Se realiza entrega de protección respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Luis Carlos Castro Sanabria			S	30	39	
CEDULA	CARGO					
1098749820	Ayudante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
29	8	25	2	2	1	1			1	1		1			1		luis carlos castro S.

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: Se realiza entrega de proteccion respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Adanver Rodriguez			XL	36	42	
CEDULA	CARGO					
88171523	Oficial					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
29	8	2025	2	2	1	1			1	1			1		1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: se realiza entresa de protección respiratoria y protección auditiva tipo copa

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Jhon Edinson Botero Marquez	PPT 1252726	Oficial		XL	36	40	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
29	8	2025	2	2	1	1			1	1			1		1		Jhon E.

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: se realiza entrega de protección respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002

Versión: 02

Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Luis Alfredo Arias	Ayudante de obra		L	34	43	
CEDULA						
1096253641						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		Luis Arias

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
Se realiza entrega de protección respiratoria el 23-08-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Luis Eduardo Caicedo Amaya			M	32	39	
CEDULA	CARGO					
1070607454	Ayudante de obra					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		LUIS CAICEDO

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
Se realiza entrega de protección respiratoria el 23-08-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Juan Diego Marquez	oficial		M	32	40	
CEDULA 1026191359						

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
se realiza entrega de protección respiratoria el dia 23-8-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Edo fabian Pinto			M	30	39	
CEDULA						
1005602465	oficial.					

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		FABIAN FABIAN

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
Se realiza entrega de proteccion respiratoria y protección auditiva tipo copa el 23-8-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Ivan Morales			S	30	39	
CEDULA	CARGO					
1010135986	Ayudante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		Motato

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
se realiza entrega de protección respiratoria el 23-8-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Jose Hernandez	1001877961	Ayudante de obra		L	32	41	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		Jose Hdz

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
se realiza entrega de protección respiratoria el 23-8-25.
se realiza entrega de protector auditivo tipo capa 23-8-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Tulio Guerrero Alcocer	1050546986	Maestro		M	32	40	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
21	08	25	2	2	1	1			1	1			1		1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
se realiza entrega de protección respiratoria el 23-8-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Anderson Espitia	1097611161	oficial		L	34	41	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
21	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:
se realiza entrega de protección respiratoria el 23-8-25

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002	
Versión: 02	
Fecha: 09/06/2025	

NOMBRE Yoiner Chacón carrillo

TALLAS				
OV	CM	PT	BOTAS	CHR
	XL	34	42	

CEDULA 1004902336

CARGO Ayudante

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
28	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		Yoiner Chacón

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: se realiza entrega de protección respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002
Versión: 02
Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Elkin patiño	1095796696	Ayudante de obra		L	36	40	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
28	08	25	2	2	1	1			1	1		1			1		Elkin Patiño
02	09	25													1		Elkin Patiño

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: Se realiza entrega de protección respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	CEDULA	CARGO	TALLAS OV	CM	PT	BOTAS	CHR
ELKIN JESUS MURILLO ARDILA	81.355 355.	AYUDANTE		L	34	42	

FECHA ENTREGA DIA	MES	AÑO	DOTACIÓN Y EPP CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	FIRMA RECIBIDO
28	08	25	2	2	1	1			1			1			1		
02	09	25													1		

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: se realiza entrega de proteccion respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Cód: SST-FOR-002

Versión: 02

Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Cristhen Florez Tozada			L			
CEDULA	CARGO					
	Ing Civil Residente obra					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
20	08	25	2		1				1	1			1				

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES: Se realiza entrega de protección respiratoria

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE	TALLAS				
	OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Adalberto Montes					
CEDULA / CARGO		XL	38	41	
1067909280 / Allodante					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
01	09	25	2	2	1	1			1	1		1					

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cód: SST-FOR-002 Versión: 02 Fecha: 09/06/2025

NOMBRE		TALLAS				
		OV	CM	PT	BOTAS	CHR
Gustavo Monsalve			M	32	39	
CEDULA	CARGO					
91347476.	oficial					

FECHA ENTREGA			DOTACIÓN Y EPP														FIRMA RECIBIDO
DIA	MES	AÑO	CM	PT	MJ	BS	BC	IMP	GF	PA	CAZ	CAM	CBL	CHR	GV	GN	
01	09	25	2	2	1	1			1	1			1		1		Gustavo Monsalve

CM:CAMISA, PT:PANTALON, MJ: MONHA, BS: BOTAS DE SEGURIDAD, BC: BOTAS DE CAUCHO, IMP: IMPERMEABLE DE PVC, GF: GAFAS DE SEGURIDAD, PA: PROTECTOR AUDITIVO, CAZ: CASCO AZUL, CA: CASCO AMARILLO, CB: CASCO BLANCO, CHR: CHALECO REFLECTIVO, GV: GUANTES DE VAQUETA, GN: GUANTES DE NITRILO.

OBSERVACIONES:

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Alexander Cervantes identificado con C.C. No. 85272131 de Barco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Alexander cervantes benavidez

NOMBRE: Alexander Cervantes Benavidez

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 85.272.131

PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Manuel de Jesús Rincon Zambrano identificado con C.C. No. 1.004.504.926 de Barco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Manuel

NOMBRE: Manuel de Jesús Rincón Zambrano

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1004504926

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jo2 Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Felipe Pico Romero identificado con C.C. No. 1099662201 de Macaravita, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA:

NOMBRE: Luis Felipe Pico Romero

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1099662201



PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Esneider Rincón Laguna identificado con C.C. No. 1007572304 de Cuamal Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: Esneider Rincón Laguna

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1007572304

PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Uriel Caamaño Zetuain identificado con C.C. No. 5046350 de Gloria - Cesar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Uriel Caamaño Zetuain

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: cc 5046350



PROFESIONAL RESPONSABLE: Lcz Stella Marquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juan Pablo Rojas identificado con C.C. No. 1098731128 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Juan pablo Rojas

NOMBRE: Juan Pablo Rojas

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1098731128

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Stella Marquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo FABIO STIGMAN PARADA identificado con C.C. No. 91.494.735 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Fabio Stigman Parada

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.494.735



PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Ramirez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo JOSE ALFREDO PALENCIA MORENO identificado con C.C. No. 13.506.420 de CUCUTA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: José A. Palencia

NOMBRE: Jose Alfredo Palencia Moreno

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 13.506.420

PROFESIONAL RESPONSABLE: Joz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo BRAYAN JOSE CAMPOS DE LA ROSA identificado con C.C. No. 1193220894 de Rio Viejo Sur de Bolivar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: BRayan CAMP

NOMBRE: BRAYAN JOSE CAMPOS DE LA ROSA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1193220894

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Márquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dulis Rincon identificado con C.C. No. 85.116.717 de Bosco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Dulis

NOMBRE: Dulis Rincón

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 85116717

PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo EULISES CAAMAÑO identificado con C.C. No. 91.441.687 de Barrancabermeja, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: EULISES CAAMAÑO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91 441. 687

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juan David Rincón Lagna identificado con C.C. No. 1085035517 de El Banco Magd, en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Juan David Rincón Lagna

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1085035517



PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Abelardo León Navarro identificado con C.C. No. 88205620 de Cucuta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Abelardo León

NOMBRE: Abelardo León Navarro

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 88205620

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jose Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jose Miguel Aislant de la Rosa identificado con C.C. No. 1002465442 de Rio viejo Bolivar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Jose miguel

NOMBRE: Jose Miguel Aislant de la Rosa

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1002465442

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo EUDES ARENILLA identificado con C.C. No. 85270698 de Banco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: EUDES ARENILLA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 85270698

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jud Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo AMARIS MORA identificado con C.C. No. 1085044779 de Banco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: AMARIS M

NOMBRE: LUIS EMILIO AMARIS MORA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1085044779

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo YERSON RAUL CABALLERO identificado con C.C. No. 1102363863 de Piedecuesta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: YERSON RAUL CABALLERO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1102363863



PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo LUIS ALBERTO CORTES identificado con C.C. No. 18188288 de Puerto Asis Putumayo, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: LUIS ALBERTO CORTES

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 18188288



PROFESIONAL RESPONSABLE: Leo Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ROIMEL MORA VIBANCO identificado con C.C. No. 944869 de Pinillo Bolivar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: ROIMEL MORA VIBANCO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 944869

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo MARTIN MARIN RAMIREZ identificado con C.C. No. 91.244.500 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: MARTIN MARIN RAMIREZ

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.244.500



PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES identificado con C.C. No. 91.352.933 de Piedecuesta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES

NOMBRE: CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.352.933

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jez Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo DANILSON ALEXIS GARCIA APARICIO identificado con C.C. No. 1102357111 de PIEDECUESTA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Danilson Garcia Aparicio

NOMBRE: DANILSON ALEXIS GARCIA APARICIO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1.102.357.111

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo BRAYAN YESID LEON CELIS identificado con C.C. No. 1102389090 de PIEDECUESTA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: BRAYAN LEON

NOMBRE: BRAYAN YESID LEON CELIS

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1.102.389.090

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo YAIR MORA ARENILLA identificado con C.C. No. 9169148 de PINILLO BOLIVAR, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA:

NOMBRE: YAIR MORA ARENILLA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 9.169.148

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo CARLOS HUMBERTO GOMEZ CORTES identificado con C.C. No. 1098692622 de BUCARAMANGA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Carlos Gomez

NOMBRE: CARLOS HUMBERTO GOMEZ

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1098692622

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Alexander Cervantes identificado con C.C. No. 85272131 de Barco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.



Atentamente,

FIRMA: Alexander Cervantes Benavidez

NOMBRE: Alexander Cervantes Benavidez

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 85.272.131

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Manuel de Jesús Rincon Zambrano identificado con C.C. No. 1.004.504.926 de Barco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Manuel

NOMBRE: Manuel de Jesús Rincón Zambrano

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1004504926

PROFESIONAL RESPONSABLE: Lic. Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Felipe Pico Romero identificado con C.C. No. 1099662201 de Macaravita, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: Luis Felipe Pico Romero

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1099662201

PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Stella Meraz Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Esneider Rincón Laguna identificado con C.C. No. 1007572304 de Cuenal Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: Esneider Rincón Laguna

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1007572304

PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Stella Márquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Uriel Caamaño Zetuain identificado con C.C. No. 5046350 de Gloria-Cesar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Uriel Caamaño Zetuain

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: cc 5046350



PROFESIONAL RESPONSABLE: Lcz Stella Marquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juan Pablo Rojas identificado con C.C. No. 1098731128 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Juan pablo Rojas

NOMBRE: Juan Pablo Rojas

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1098731128

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Stella Marquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo FABIO STIGMAN PARADA identificado con C.C. No. 91.494.735 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Fabio Stigman Parada

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.494.735



PROFESIONAL RESPONSABLE: Jose Naguez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo JOSE ALFREDO PALENCIA MORENO identificado con C.C. No. 13.506.420 de CUCUTA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: José A. Palencia

NOMBRE: Jose Alfredo Palencia Moreno

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 13.506.420

PROFESIONAL RESPONSABLE: Joz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo BRAYAN JOSE CAMPOS DE LA ROSA identificado con C.C. No. 1193220894 de Rio Viejo Sur de Bolivar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: BRAYAN CAMP

NOMBRE: BRAYAN JOSE CAMPOS DE LA ROSA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1193220894

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Márquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Duis Rincon identificado con C.C. No. 85.116.717 de Barco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Duis

NOMBRE: Duis Rincón

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 85.116.717

PROFESIONAL RESPONSABLE: Joz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo EULISES CAAMAÑO identificado con C.C. No. 91.441.687 de Barrancabermeja, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: EULISES CAAMAÑO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91 441. 687

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juan David Rincón Laguna identificado con C.C. No. 1085035517 de El Banco Magd, en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Juan David Rincón Laguna

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1085035517



PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Abelardo León Navarro identificado con C.C. No. 88205620 de Cucuta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Abelardo León

NOMBRE: Abelardo León Navarro

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 88205620

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jose Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jose Miguel Aislant de la Rosa identificado con C.C. No. 1002465442 de Rio viejo Bolivar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Jose miguel

NOMBRE: Jose Miguel Aislant de la Rosa

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1002465442

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo EUDES ARENILLA identificado con C.C. No. 85270698 de Banco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: EUDES ARENILLA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 85270698

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jud Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo AMARIS MORA identificado con C.C. No. 1085044779 de Banco Magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: AMARIS M

NOMBRE: LUIS EMILIO AMARIS MORA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1085044779

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo YERSON RAUL CABALLERO identificado con C.C. No. 1102363863 de Piedecuesta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: YERSON RAUL CABALLERO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1102363863



PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo LUIS ALBERTO CORTES identificado con C.C. No. 18188288 de Puerto Asis Putumayo, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: LUIS ALBERTO CORTES

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 18188288



PROFESIONAL RESPONSABLE: Leo Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ROIMEL MORA VIBANCO identificado con C.C. No. 944869 de Pinillo Bolivar, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: ROIMEL MORA VIBANCO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 944869

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo MARTIN MARIN RAMIREZ identificado con C.C. No. 91.244.500 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: MARTIN MARIN RAMIREZ

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.244.500



PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES identificado con C.C. No. 91.352.933 de Piedecuesta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES

NOMBRE: CRISTIAN GABRIEL FLOREZ PAREDES

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.352.933

PROFESIONAL RESPONSABLE: Jazz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo DANILSON ALEXIS GARCIA APARICIO identificado con C.C. No. 1102357111 de PIEDECUESTA, en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Danilson Garcia Aparicio

NOMBRE: DANILSON ALEXIS GARCIA APARICIO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1.102.357.111

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo BRAYAN YESID LEON CELIS identificado con C.C. No. 1102389090 de PIEDECUESTA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: BRAYAN LEON

NOMBRE: BRAYAN YESID LEON CELIS

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1.102.389.090

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión: 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo YAIR MORA ARENILLA identificado con C.C. No. 9169148 de PINILLO BOLIVAR, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: _____

NOMBRE: YAIR MORA ARENILLA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 9.169.148

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo CARLOS HUMBERTO GOMEZ CORTES identificado con C.C. No. 1098692622 de BUCARAMANGA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Carlos Gomez

NOMBRE: CARLOS HUMBERTO GOMEZ

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1098692622

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo LUIS ARMANDO ORTIZ BUENO identificado con C.C. No. 1095.839951 de BUCARAMANGA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Luis A. Ortiz

NOMBRE: LUIS ARMANDO ORTIZ BUENO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1095839951

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo RAFAEL ORLANDO PEREZ LEAL. identificado con C.C. No. 88306148 de TOLEDO N.D. S., en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.



Atentamente,

FIRMA: Rafaelperez

NOMBRE: Rafael Orlando perez Leal.

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 88306148

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo JOSE GABRIEL ESPINOZA DIAZ identificado con C.C. No. 1005151329 de BUGA en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: JOSE GABRIEL ESPINOZA DIAZ

NOMBRE: JOSE GABRIEL ESPINOZA DIAZ

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1005151329

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo RAUL CADIZALES LASSO identificado con C.C. No. 91.498.567 de BUCARAMANGA, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Raul Cadizales Lasso

NOMBRE: RAUL CADIZALES LASSO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.498.567

PROFESIONAL RESPONSABLE: Liz Marquez Torres

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo EIKIN ENRIQUE ROJAS MURIEL identificado con C.C. No. 7118314 7 de Puerto Berrío - Ant, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,



FIRMA: Enrique Rojas

NOMBRE: EIKIN ENRIQUE ROJAS

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 71183147

PROFESIONAL RESPONSABLE: Luz Marquez

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Gastion Bohorquez Gavis identificado con C.C. No. 1234338814 de Floridablanca, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Gastion Bohorquez G

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1234338814

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo luis carlos castro Sanabria identificado con C.C. No. 1098749820 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: luis carlos castro Sanabria

NOMBRE: luis carlos castro Sanabria

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1098749820

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Adriver Rodriguez identificado con C.C. No. 88171523 de cachira (N de S) en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Adriver Rodriguez

NOMBRE: Adriver Rodriguez

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 88171523

PROFESIONAL RESPONSABLE:

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jhon Edinson Patiño Marquez identificado con C.C. No. PPT 1252716 de Bogota, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Jhon E.

NOMBRE: Jhon Edinson Patiño Marquez

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: PPT 1252716

PROFESIONAL RESPONSABLE:

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Tilso Guerrero Atencia identificado con C.C. No. 7050546.986 de San Pablo (Bol), en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Tilso Guerrero Atencia

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 7050546986

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo José Luis Hernandez Pomedio identificado con C.C. No. 1.001.811.961 de Fundacion magdalena, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: José Luis

NOMBRE: José Luis Hernandez

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1.001.811.961

PROFESIONAL RESPONSABLE:

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo FABIAN PINTO identificado con C.C. No. 1005602465 de Yatacima, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: FABIAN PINTO

NOMBRE: EDO FABIAN PINTO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1005602465

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juan Diego Marquez G. identificado con C.C. No. 1096191359 de Barrancabermeja, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Juan Diego Marquez G

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1096191359

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ricardo Valencia identificado con C.C. No. 13871291 de Bucaramanga, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Ricardo Valencia

NOMBRE: Ricardo Valencia

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 13871291

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo LUIS CAICEDO AMAYA identificado con C.C. No. 1070607454 de GIRARDOT, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: LUIS CAICEDO

NOMBRE: LUIS CAICEDO

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1070607454

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anderson espitia Montañez identificado con C.C. No. 1097611181 de El Carmen/Stdr en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Anderson espitia m.

NOMBRE: Anderson espitia Montañez

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1097611181

PROFESIONAL RESPONSABLE:

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Alfredo Arnes identificado con C.C. No. 1096253641 de Barranca, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Luis Arnes

NOMBRE: Luis Alfredo Arnes

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1096253641

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Joiner Chacón carrillo identificado con C.C. No. 1004023361 de Floridablanca, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Joiner Chacón carrillo

NOMBRE: Joiner Chacón carrillo

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1004023361

PROFESIONAL RESPONSABLE: Andres Vergara

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ELKIN JESUS MURILLO ARDILA identificado con C.C. No. 91.355 355 de Piedecuesta., en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: MURILLO

NOMBRE: ELKIN JESUS MURILLO ARDILA

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91.355 355

PROFESIONAL RESPONSABLE: Andres Jerga09

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-004
	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Elkin Patiño identificado con C.C. No. 1095796696 de Floridablanca/S, en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Elkin Patiño

NOMBRE: Elkin patiño

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1095796696

PROFESIONAL RESPONSABLE: Andres Vergara.

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Adalberto Montes Jimenez identificado con C.C. No. 1062809280 de La PAZ Cesar, en mi condición de trabajador de la empresa **CONSORCIO ESPACIOS BGA:**

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Adalberto Montes

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 1062809280

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Custodio Monsalve Barajas identificado con C.C. No. 91347476 de P/cuesta, en mi condición de trabajador de la empresa

CONSORCIO ESPACIOS BGA:

Manifestó que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me aplique los instrumentos de medición de los factores de riesgo, encuestas de información sociodemográfica, morbilidad sentida, auto reportes de condiciones de trabajo, entrevistas y procedimientos que se encuentran enmarcados en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyan a generar diagnósticos confiables.

Soy consciente que este proceso no atenta contra mi derecho fundamental a la intimidad personal y laboral, por el contrario, busca promover un programa para prevenir situaciones que puedan afectar mi salud física, emocional y mental, o de igual forma impactar en mi desempeño laboral. Así mismo se me han explicado que los datos obtenidos de forma individual serán manejados ética y confidencialmente, de acuerdo a los parámetros de Ley.

Finalmente, se me informa que el resultado del diagnóstico generará un plan de recomendaciones e intervenciones a las que manifiesto mi compromiso de asistir de manera activa, acorde a mi responsabilidad frente al cuidado y preservación de mi salud.

Atentamente,

FIRMA: Custodio

NOMBRE: Custodio Monsalve

NUMERO C.C. Y/O HUELLA: 91347476

PROFESIONAL RESPONSABLE:

He informado al trabajador del objetivo y propósito del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-005
	FORMATO DE ASISTENCIA A INDUCCIÓN	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

TEMA: Inducción y socialización del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la empresa, resaltando la importancia de conformar los diferentes Comités de Apoyo, tales como: COPASST, COCOLAB **y** Brigada de Emergencia**.** Asimismo, se presentan los procesos, procedimientos y formatos del SG-SST implementados por la organización, las Políticas del SIG, el suministro y correcto uso de los Elementos de Protección Personal (EPP), las medidas para la prevención del acoso laboral, el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) y otros aspectos que forman parte del enfoque integral en seguridad y salud en el trabajo para todo el personal.	
FECHA: Agosto 27 de 2025	**PROYECTO**: ADECUACIÓN DE ESPACIO PÚBLICO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, SANTANDER.
HORAS: 1 hora	
CAPACITADOR / ENTRENADOR: Luz Magnes	

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Abelardo Leon	Vigia	Abelardo
Josemiguel Aislant	Ayudante	Josemiguel

MEDICION DE LA EFICACIA: 100%

CONSORCIO ESPACIOS BGA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** SST-FOR-005
	FORMATO DE ASISTENCIA A INDUCCIÓN	**Versión:** 02
		Fecha: 06/08/2025

TEMA: Inducción y socialización del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la empresa, resaltando la importancia de conformar los diferentes Comités de Apoyo, tales como: COPASST, COCOLAB **y** Brigada de Emergencia**.** Asimismo, se presentan los procesos, procedimientos y formatos del SG-SST implementados por la organización, las Políticas del SIG**,** el suministro y correcto uso de los Elementos de Protección Personal (EPP), las medidas para la prevención del acoso laboral, el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) y otros aspectos que forman parte del enfoque integral en seguridad y salud en el trabajo para todo el personal.	
FECHA: Agosto 19 de 2025	**PROYECTO**: ADECUACIÓN DE ESPACIO PÚBLICO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, SANTANDER.
HORAS: 1 Hora	
CAPACITADOR / ENTRENADOR: Luz Marquez	

NOMBRE	CARGO	FIRMA
FABIO STIGMAN PARADA	AYUDANTE	
JOSE ALFREDO PALENCIA	OFICIAL	José A. Palencia
BRAYAN CAMPOS	AYUDANTE	
DOLIS RINCON	AYUDANTE	
EULISES CAAMAÑO	OFICIAL	

MEDICION DE LA EFICACIA: 100%