CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.886.750-6

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL
BOGOTÁ

REALIZAR LA OPTIMIZACION DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO

INFORME DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE DEL 11 DE DICIEMBRE 2024 AL 10 DE ENERO DE 2025

CONTRATO DE OBRA 9176-2024
CONSORCIO OBRAS GT

Fecha: Enero 2025

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.886.750-6

Información documental

ELABORÓ	REVISÓ / APROBÓ
JOHANA CATHERINE CHISACA Residente SST - Ambiental CONSORCIO OBRAS GT	YINETH BERNAL Residente SST - Ambiental INTERCONSTRUCCIONES

Registro de aprobación:

Revisión: A	Elaboró (Contratista)	Revisó (Contratista)	Revisó y Aprobó (Interventor)	Aprobó (Supervisor)
Nombre:	Consorcio Obras GT	Orlando Robles M		
Cargo:	Equipo Técnico	Director del Obra		
Fecha:	Enero 2025	Enero 2025		

Registro de modificaciones:

# Revisión	Fecha	Descripción de las modificaciones
A	10/01/2025	Inicial-
B	20/01/2025	Ajuste según observaciones de interventoría

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN 5
2. ALCANCE 5
3. OBJETIVOS 5
3.1 OBJETIVO GENERAL 5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
4. GENERALIDADES 6
4.1 LOCALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES 6
4.2 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA 6
4.3 DESCRIPCIÓN 7
5. COMPONENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 8
5.1 PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – SST 8
5.2 INGRESO Y LISTADO DE PERSONAL, AFILIACIONES, PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL 9
5.3. INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y CHARLAS DE SEGURIDAD 11
5.4. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 14
5.4.1. Exámenes médicos ocupacionales. 15
5.4.2. Ausentismos 15
5.4.3. Relación tipo de ausencia 16
5.4.4. Pausas activas 16
5.4.5. Atención de emergencias 17
5.4.6. Administración y control de elementos de protección personal 18
5.4.7. Accidentalidad e incidentalidad en obra 20
5.4.8. Inspecciones de equipos de emergencias 21
5.4.9. Vehículos 22
5.5. PLAN ANUAL DE TRABAJO SST 22
5.6. SEGUIMIENTO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS 22
5.7. COPASST 23
5.8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL – CCL 23
5.9. REPORTE TRABAJO EN ALTURA Y ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO 23
5.10. COMITÉS DE OBRA Y RECORRIDOS 24
5.11. REPORTE CUMPLIMIENTO OBJETIVOS Y METAS. 24
6. COMPONENTE AMBIENTAL Y SOSTENIBILIDAD 25

6.1 ADECUACIÓN DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES 25

6.2 MANEJO DE PERSONAL INSUMOS Y MATERIALES 26

6.3 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS Y SÓLIDOS 26

6.3.1. Residuos sólidos 26
6.3.2. Manejo de residuos de construcción 27
6.3.3. Manejo de residuos líquidos 30

6.4 GESTIÓN DE EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO 30

6.5 ORDEN Y ASEO 30

6.6 INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES y SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES 31

6.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SST 32

6.5. ANEXOS DEL COMPONENTE SST Y AMBIENTAL 33

1. INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de las labores objeto del contrato del **CONSORCIO OBRAS GT,** en la ejecución del contrato de obra 9176-2024 "**REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO"** Se realizan actividades para dar cumplimiento a las obligaciones contractuales, normatividad en seguridad y salud en el trabajo y ambientales vigente, a los requisitos contractuales y con el objetivo de controlar y mitigar los riesgos por el desarrollo de la obra.

El presente informe registra el desempeño del componente SSTMA desarrolladas durante el periodo comprendido entre el 11 de diciembre de 2024 y el 10 de enero de 2025, en cumplimiento de su objeto contractual, enmarcados dentro de los Términos de Referencia, las Especificaciones Técnicas, anexo SST-MA y la Normatividad Legal de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.

En el periodo del informe, se realizaron actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo como la verificación de los documentos de personal (Contratos, afiliaciones a seguridad social integral, inducción, registro de notificación de riesgos), charlas de seguridad, capacitaciones e inspecciones y todas las actividades que se encuentran programadas en materia de seguridad y salud en el trabajo, requeridos para la ejecución del objeto del contrato. Actividades ambientales como manejo adecuado de RCD, residuos convencionales, ahorro de agua y energía, gestión de aguas residuales, implementación de prácticas sostenibles.

2. ALCANCE

El presente documento comprende todas las actividades del proceso constructivo que tengan relación con el componente de Seguridad y Salud en el trabajo y Ambiental para la ejecución del contrato de obra 9176-2024.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer la gestión y/o las actividades en materia de seguridad y salud en el trabajo y ambiente adelantadas por CONSORCIO OBRAS GT para el Contrato de obra 9176-2024, con el fin de prevenir accidentes de Trabajo y enfermedades laborales, reducir los riesgos presentes en la zona de trabajo durante el desarrollo del mencionado contrato minimizando la afectación al ambiente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo que apliquen a la empresa y al proyecto en desarrollo.
- Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores durante la ejecución del contrato.
- Dar cumplimiento al plan de trabajo y capacitaciones establecidas para el desarrollo del contrato.
- Dar a conocer la gestión y/o las actividades en materia Ambiental
- Implementar las medidas de manejo ambiental establecidas en el Plan de Gestión

4. GENERALIDADES

4.1 LOCALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Las actividades se ejecutarán en tres localidades Kennedy, Fontibón, Engativá, las sedes asignadas al contrato son las que se relacionan en la Tabla 1 centros de trabajo.

Tabla 1. Centros de trabajo

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN
Localidad de Kennedy	Jardín Infantil Tintalito Mis Primeros Pasos	Kr 86B # 42F – 03 SUR MJ 1
	Jardín Infantil Caracol	Kr 95A # 34 – 94 SUR
	Jardín Infantil Britalia	Cll 56 SUR # 81 – 26
	Centro de desarrollo comunitario	AK 80 # 43 43 SUR
	Centro Crecer	Kr 88 # 6A 36
Localidad de Fontibón	Jardín Infantil Oso de Anteojos	Kra 100 # 23 – 22
	jardín Infantil Sabana Grande	Kra 106 # 15A – 32
	Jardín Infantil CPI MISAK	Dg 15D # 98 – 40
	Centro Crecer	Cll 22F # 106 – 22
Localidad de Engativá	Jardín Infantil los Sauces	Cll 69 # 121 – 29
	Jardín Infantil Engativá	Cll 66B # 122 – 03
	Casa Juventud Aldea de Pensadores	Kra 88A # 69B – 61
	Casa sabiduría adulto mayor Luz de Esperanza	Cll 63L # 124 – 38

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

Tabla 2. Datos generales CONSORCIO OBRAS GT

RAZÓN SOCIAL	CONSORCIO OBRAS GT
NIT	901886750-6
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7020- Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil
DIRECCIÓN	CL 99 49 38 OF. 509
TELÉFONO	(601) 7458097
HORARIOS DE TRABAJO**	Lunes a viernes: 7:00am – 4:00pm Sábados: 7:00 am – 12:00 pm
ARL	SURA
CLASIFICACIÓN DE RIESGOS	V
JORNADA	Diurna
REPRESENTANTE LEGAL	Gustavo Adolfo Torres Duarte

4.3 DESCRIPCIÓN

El proyecto implica ejecutar las actividades que se requieran para el mantenimiento de los centros de la SIS, dentro de las que se encuentran demoliciones, adecuaciones y mantenimiento ubicados en las localidades de Fontibón, Engativá y Kennedy en el distrito capital, a través de acciones técnicas y socio - ambientales.

Se contemplan las siguientes actividades:

- Desmonte de salidas eléctricas existentes.
- Picado de membrana y placa en terrazas.
- Resane de fisuras en muros.
- Sondeo de unidades sanitarias, desmonte y montaje de aparatos.
- Suministro e instalación de panel led circular de 24 w. 11" incrustar.
- Pendientado para terrazas en mortero 1:3 e = 0.04 cm (promedio).
- Suministro e instalación de rejilla tipo cupula de 5" a 3"
- Pañete y estuco de muros.
- Mampostería.
- Pintura sobe muros y placas.
- Vinilo tipo 1 a tres manos.
- Pintura epoxica a dos manos.
- Manto morter plas al - 300 3.00 mm ancho 1.10 m rollo 11 m2.
- Tratamiento de fisuras mediante un sellador elastomerico monocomponente a base de poliuretano.
- Aseo general final y limpieza.
- Retiro de material sobrante de obra con caracteristicas peligrosas contaminantes y/o no bio degradables (tejas asbesto cemento, tuberías, vidrios, espejos, pvc, etc)
- Desmonte de luminarias.
- Demoliciones, desmontes, retiros.
- Demolición de lavamanos, lavaderos, bañeras, orinales, etc, corridos, poyos, mesones, prefabricados.
- Demolición de enchape de muros y pega, (incluye cargue y retiro de residuos de construcción a sitios autorizados)
- Desmonte y desconexión de aparatos sanitarios y equipos como lavaplatos, lavamanos, sanitarios, estufas, etc.
- Desmonte de puertas existentes todo tamaño madera - metálicas, incluido marco.
- Desmonte retiro de tuberías hidrosanitarias existentes de 6", 4", 3", 2".
- Desmonte de salidas eléctricas existentes (incluye desmonte de tuberías, cableado, aparatos y luminarias)
- Perforación regatas en muros, pisos y/o cielo raso, ancho <= 15 cm, profundidad <= 10 cm. (incluye corte con pulidora, andamio certificado, cargue y retiro de residuos de construcción a sitios autorizados, transporte, resane y acabado de la superficie afectada)
- Mesones en concreto enchapados en granito pulido blanco, lavamanos a= 0.55 m, despensas a=0.45 m, cocina a=0.60 m, aulas a=0.55 m) incluye dilataciones en bronce.
- Instalaciones domiciliarias hidráulicas, sanitarias, de gas y de control de incendio.
- Instalaciones electricas y de comunicaciones.
- Pisos.
- Muros.

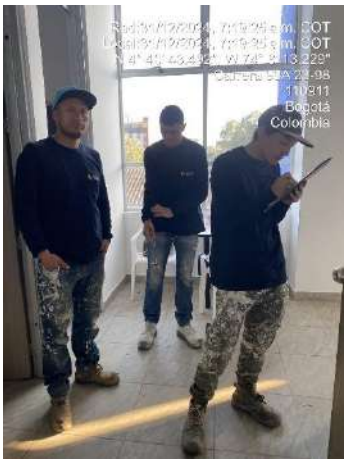
- Carpinteria madera.
- Aparatos sanitarios y accesorios.
- Aparatos y equipos especiales.
- Pañete y pintura.
- Cerraduras, vidrios y espejos.
- Cubiertas e impermeabilizaciones.
- Mantenimiento e impermeabilización de trampas de grasa, Succión mecánica, recolección, transporte y disposición final de residuos de la trampa de grasas, resane de fisuras y filtraciones, e impermeabilización con mortero de revestimiento base de cemento semi flexible
- Pintura sobre metal.
- Cielos rasos.
- Cimentación.

5. COMPONENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1 PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – SST

Para el periodo comprendido del 11/12/2024 al 10/01/2025, dentro del desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo del CONSORCIO OBRAS GT fueron ejecutadas las siguientes actividades:

- Diseño de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST.
- Implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST en obra.
- Se efectuaron las verificaciones de Afiliaciones y pagos de la seguridad social del personal directo e indirecto que se encuentra activo en él proyecto.
- Verificación certificados cursos de alturas del personal de obra que realizará la actividad.
- Verificación y armado en carpetas de personal activo.
- Inducción del SG SST dirigida al personal nuevo que ingresó a laborar al proyecto durante el periodo a fin de garantizar el conocimiento de los requisitos de seguridad y salud en el trabajo
- Entrega de dotación a todo el personal nuevo del proyecto.
- Entrega y reposición de EPP a todo el personal del proyecto.
- Recorridos de obra verificando las condiciones de SSTMA.
- Desarrollo de los planes de acción de acuerdo con los requerimientos de la entidad.

Ilustración 1. Actividades desarrolladas	
	
Uso de EPP y dotación Jardín Tintalito - Kennedy	Capacitaciones y charlas de seguridad Jardín Infantil Oso de Anteojos - Fontibón
	
Capacitaciones y charlas de seguridad - Engativá	Señalización de seguridad – Engativá Luz de esperanza. 3 de enero de 2025

5.2 INGRESO Y LISTADO DE PERSONAL, AFILIACIONES, PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el periodo del 11/12/2024 – 10/01/2025, se registraron los siguientes ingresos:

Tabla 2. Relación de ingreso personal de profesionales del contratista

Total, personal ingresado en el período	38
Total personal retirado	0
Total personal anterior al ingreso	0
Total, personal en el periodo	38

En tabla 3, se relaciona el personal retirado durante el periodo, durante el periodo no se presentó retiros de personal.

Tabla 3. Personal retirado del contratista

No.	Nombre	Cedula de Ciudadanía	Cargo	Dedicación
1	NA	NA	NA	NA

En tabla 4, Se relaciona el personal vigente durante el periodo para el desarrollo de las actividades contractuales, en el periodo de este informe se presentó la documentación de los ingresos de personal al contrato, afiliaciones de ARL, EPS, AFP, exámenes de ingreso.

Tabla 4. Personal ingresado del contratista

No	**Nombre**	**Cedula de Ciudadanía**	**Cargo**	**Dedicación**
1	Orlando Robles Montesino	91.298.682	Director De Obra	70%
2	Jessika Paola Merchan Adame	1.058.038.536	Residente De Obra	100%
3	Sharon Danay Chaparro Secue	1.030.628.001	Residente De Obra	100%
4	Carol Gineth Forero González	1.026.289.001	Residente De Obra	100%
5	Juan Camilo Quintero Parra	1.033.689.993	Inspector de Obra	100%
6	Daniel Felipe Talero Rojas	1.030.634.359	Inspector de Obra	100%
7	Adriana Castellanos Vinchery	1.019.119.229	Inspector de Obra	100%
8	Camilo Andrés Cárdenas Rodríguez	1.026.289.628	Inspector de Obra	100%
9	Johana Catherine Chisacá León	52.486.951	Residente SSTMA	100%
10	Yamile Andrea Mora	35.531.144	Auxiliar SST	100%
11	Willian Fernando Nemeguen Mora	79.829.872	Auxiliar SST	100%
12	José Alfonso Barbosa	79.597.144	Eléctrico	100%
13	Fabio Nelson Gómez Gutiérrez	79.924.627	Eléctrico	100%
14	Cesar Augusto Cuervo	11.346.289	Especialista Redes Secas	10%
15	Edgar Iván Sánchez Morales	79.317.526	Especialista Control De Programación Y Presupuesto	10%
16	Ivan Augusto Cubillos Trujillo	11.685.270	Especialista Redes Húmedas	10%
17	Jairo Andrés Meza Rosas	13.874.430	Especialista Estructural	10%
18	Sebastián Alexander Moreno García	1.010.225.639	Ayudante De Obra	100%

No	Nombre	Cedula de Ciudadanía	Cargo	Dedicación
19	Andrés Felipe Jiménez Santana	1.023.960.348	Ayudante De Obra	100%
20	Harold Sneider Cubillos Pérez	1.000.348.247	Ayudante De Obra	100%
21	Wilson Díaz Rojas	1.193.545.956	Ayudante De Obra	100%
22	Wincler Osvaldo Ballesteros Pulido	80.878.816	Ayudante De Obra	100%
23	Fredi Fernando Cubillos	1.023.911.526	Ayudante De Obra	100%
24	Jhoan Sebastián Álvarez	1.000.774.521	Ayudante De Obra	100%
25	Jairo Ávila Sanabria	4.249.282	Ayudante De Obra	100%
26	Luis Javier Osuna Neme	79.378.935	Ayudante De Obra	100%
27	John Fredy Romero Pinzón	80.739.184	Ayudante De Obra	100%
28	Anderson Stiven Zapata Salazar	1.000.801.767	Ayudante De Obra	100%
29	Adrian José Hernández González	1.011.200.199	Ayudante De Obra	100%
30	Milton Antonio De La Ossa	11.062.207	Oficial	100%
31	Alberto Sánchez Prieto	191.962	Oficial	100%
32	Carlos José Riasco Guerrero	98.427.475	Ayudante De Obra	100%
33	Joaquin Ramón Díaz Pantoja	PT 1243031	Ayudante De Obra	100%
34	Roberto Rafael Palacios González	1.124.513.333	Ayudante De Obra	100%
35	José Leonardo González	PT 7035572	Ayudante De Obra	100%
36	Eduar Hehiler Pino Valoyes	11.812.749	Ayudante De Obra	100%
37	William Duarte Rueda	1.098.659.052	Oficial	100%
38	José Darío Castro López	4.198.494	Conductor	15%

Se presentaron a la interventoría, las planillas de seguridad social del personal que se encuentra vinculado al proyecto, para el periodo a facturar (11/12/2024 al 10/01/2025).
Anexo 1. Pago de Seguridad Social

Se entrega carta de certificación de pago de parafiscales firmada por el Representante Legal de CONSORCIO OBRAS GT, y carta firmada por el representante legal de Consorcio, para el periodo a facturar.
Anexo 2. relación de Personal – Formato SST-GT-FR-04 AFILIACIÓN AL SSST
Anexo 3. Documentos de ingreso - retiro - Exámenes

5.3. INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y CHARLAS DE SEGURIDAD

Para el (11/12/2024 al 10/01/2025) se realizaron las siguientes capacitaciones magistrales y charlas de seguridad al personal directo y contratista. En el anexo 4. Inducciones, Charlas

y capacitaciones, para el periodo se presenta la inducción al personal nuevo que hará parte del contrato.

Tabla 5. Relación de inducciones y capacitaciones

No.	Tema	Fecha	# Personas capacitadas
1	Inducción SG SST	Durante del periodo	38
2	Uso Adecuado de EPP	26/12/2024 / 7/01/2025 / 9/01/2025	14
3	Respeto	27/12/2024	3
4	Trabajo en alturas	30/12/2024	4
5	Trabajo en equipo	27/12/2024	2
6	Conocimiento Normas de trabajo	28/12/2024	2
7	Uso adecuado de herramientas y trabajo eléctricos	30/12/2024	2
	Punto Ecológico	31/12/2024	2
8	SGA – Uso de productos químicos	02/01/2025	2
9	Uso y armado de andamio	2/01/2025	2
10	Uso adecuado de equipo de alturas arnés	3/01/2025 – 10/01/2025	7
11	Presentación lineamientos ambientales SiS	3/01/2025 - 7/01/2024	19
12	Reglamento interno de trabajo	3/01/2025	2
13	Uso adecuado de elementos de seguridad	4/01/2025	2
14	Punto Ecológico	5/01/2025	2
15	Levantamiento de cargas	8/01/2025	1
	Acopio Adecuado de material peligros	8/01/2025	3
16	Clases de Contaminación	9/01/2025	1

17	Manejo adecuado de RCD – Residuos Solidos	9/01/2025	2
	Fichas de seguridad	9/01/2025	3
	Notificación de riesgos	10/01/2025	3
18	Presentación lineamientos ambientales SiS	8-11/01/2025	3

A continuación, se relaciona registro fotográfico:

<table>
<tr><td colspan="2">Ilustración 2. Inducción y capacitaciones</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>  </td></tr>
<tr><td>Capacitaciones y charlas de seguridad Kennedy</td><td>Capacitaciones y charlas de seguridad Kennedy</td></tr>
<tr><td>  </td><td> 
</td></tr>
<tr><td>Capacitaciones y charlas de seguridad Kennedy</td><td>Capacitaciones y charlas de seguridad Kennedy</td></tr>
</table>

	
Capacitaciones y charlas de seguridad – Engativá	Capacitaciones y charlas de seguridad - Engativá
	
Inducciones de seguridad – Engativá	Inducciones de seguridad – Engativá

Las evidencias de las actividades realizadas, están en el anexo 4. inducción al personal, evaluación de la inducción, notificación de riesgos, y capacitaciones, en el presente informe del mes número 1 se desarrollaron actividades de capacitación programadas en el plan de trabajo anual y cronograma ambiental, las capacitaciones que debido al tiempo no se dictaron, serán realizadas en el mes de enero 2025. Igualmente se dio charlas diarias a los trabajadores en el lugar de trabajo, se incluyen soportes en el Anexo SST 9. plan de trabajo anual.
Anexo 4 Inducciones, Charlas y capacitaciones.
Anexo 9 Plan de trabajo anual SST.

5.4. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

En este numeral se puede evidenciar las diferentes actividades realizadas, en el periodo del presente informe, relacionadas con medicina preventiva y del trabajo, como lo son la relación del personal con entrega de dotación, exámenes médicos ocupacionales, registros de casos de enfermedad laboral, Índice de Frecuencia de Accidentabilidad por mes, Ausentismos, Atención de emergencias, Administración y control de elementos de

protección personal, Inspecciones de equipos de emergencia, Seguimiento matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos.

5.4.1. Exámenes médicos ocupacionales.

Para el periodo de (11/12/2024 al 10/01/2025), el CONSORCIO OBRAS GT, se lleva cuadro de control para identificar las fechas de los exámenes próximos a vencer Anexo 2. Relación de personal. Así mismo, se realiza la notificación de la realización de examen de retiro, a los trabajadores que salen del proyecto. Para este periodo se presenta personal de ingreso, se realiza el seguimiento de las condiciones de salud.

Tabla 6**.** Exámenes médicos personal

PERIODO	CANTIDAD DE EXÁMENES REALIZADOS EN EL PERIODO	CANTIDAD DE EXÁMENES REALIZADOS EN TOTAL
Mes 1	38	38

5.4.2. Ausentismos

En el personal del CONSORCIO OBRAS GT hubo índice de ausentismos, tal como se observa en la tabla.

Tabla 7. Ausentismos

TIPO DE AUSENCIA	EVENTOS (11/12/2024 – 10/01/2025)	DÍAS PERDIDOS
ENFERMEDAD GENERAL	0	0
ACCIDENTE DE TRABAJO	0	0
ENFERMEDAD PROFESIONAL	0	0
SUSPENSIÓN	0	0
MATERNIDAD	0	0
PATERNIDAD	0	0
PERMISO REMUNERADO	0	0
CALAMIDAD DOMESTICA	0	0
PERMISO NO REMUNERADO	0	0
NO LABORÓ	0	0
TOTAL	0	0

Número de casos de enfermedad laboral: Para el presente periodo no hubo reportes de enfermedades calificadas como laborales.

Días cargados: No se generaron días asignados a una lesión ocasionada por accidente de trabajo. Es el número de días que se cargan o asignan a una lesión ocasionada por un accidente de trabajo o enfermedad laboral, siempre que la lesión origine muerte, invalidez o incapacidad permanente parcial.

Número de días de trabajo programados en el mes: 23

número de trabajadores: 38

HHT: 6.992

5.4.3. Relación tipo de ausencia

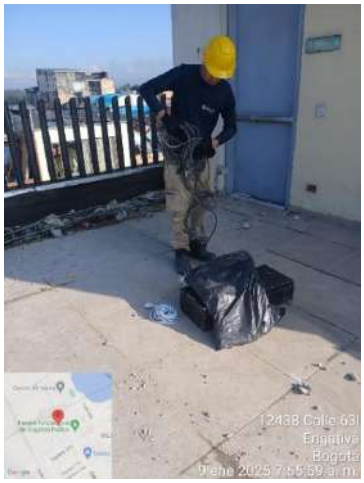
De acuerdo con la información anterior se puede concluir que durante el periodo laborado el ausentismo por causa de una licencia no remunerada fue de un 0 % representando un porcentaje que no afectó de ninguna manera la ejecución de las actividades de la obra. No se presentó casos de enfermedad general.

5.4.4. Pausas activas

Durante el periodo se realizaron actividades de pausas activas, durante el proceso de inducción se realizó socialización y divulgación de responsabilidades y socialización de riesgos a los que están expuestos los trabajadores durante el desarrollo de las actividades.

En el mes se realizaron actividades de pausas activas en cada una de las sedes activas para este periodo.
Anexo 4. Inducción charlas y capacitaciones.

Ilustración 3. Pausas Activas	
	
Pausas Activas – Luz Esperanza, Engativá	Pausas Activas – Luz Esperanza, Engativá

	
Pausas Activas – Luz Esperanza, Engativá	Inspecciones de herramientas – Luz Esperanza, Engativá

5.4.5. Atención de emergencias

Se cuenta con el Plan de emergencias para la obra el cual debe ser visibilizado a través de la conformación de la brigada de emergencias al personal de obra tanto administrativo como operativo. Además, de que se mantienen los equipos requeridos y vigentes para su adecuado funcionamiento.

Durante el mes de diciembre de 2024 se cuenta con los elementos de emergencia en las localidades de Engativá, Fontibón, Kennedy como botiquín, camilla y extintor. Durante el periodo no se presentan accidentes ni incidentes de trabajo.

En el consorcio OBRAS GT, la respuesta a emergencias se lleva a cabo de la siguiente manera:

Tabla 8**.** Respuesta a Emergencias

No.	Respuesta a Emergencias
1	Se evita el pánico y se mantiene la calma
2	Notificación de la emergencia a personal encargado (principalmente Ingeniero Residente y Residente SST)
3	Notificación telefónica a los teléfonos de emergencia habilitados
4	Con la señal de alerta (silbato) dar evacuación a la zona de peligro sin dudarlo y sin devolverse en caso de recuperar o salvar algún objeto.
5	Para situaciones donde haya un proceso de remoción lento o gradual evacue el área con prontitud.
6	Procure advertir a todos los vecinos sobre el peligro.
7	Informar a la comunidad que en caso de que la emergencia involucre niños, ancianos, minusválidos y personas nerviosas se les prioriza.

Tabla 9. Ubicación elementos para atención de emergencias

FECHA	CANTIDAD		UBICACIÓN
26/12/2024	3	CAMILLA	ENGATIVÁ, FONTIBÓN, KENNEDY
	3	BOTIQUIN	
	3	EXTINTOR MULTIPROPOSITO DE 20 Lb	

A continuación, se relaciona registro fotográfico:

Ilustración 4. Equipos de atención de emergencias



Camilla, Extintor, Botiquín – Luz Esperanza, Engativá



Camilla, Extintor, Botiquín. Jardín Infantil Oso de anteojos – Fontibón.



Elementos Botiquín – Luz Esperanza, Engativá



Elementos Botiquín – Luz Esperanza, Engativá

5.4.6. Administración y control de elementos de protección personal

Los EPP suministrados al personal se hace con una frecuencia dependiendo de la necesidad de la planta de personal, los procesos constructivos y de ingreso a la obra o según lo hallado en las inspecciones, y de acuerdo con las actividades a desarrollar. Anexo 5. Entrega de Dotación y EPP.

Anexo 5. Entrega de Dotación y EPP.

Se mantienen registros de uso de dotación EPP de todos los trabajadores.

Se presenta como anexo para el periodo del (11/12/2024 al 10/01/2025), los soportes de entrega de dotación y EPP al personal

<table>
<tr><td colspan="2">Ilustración 5. Entrega y uso de EPP</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>Entrega de dotación Engativá</td><td>Entrega de dotación Fontibón</td></tr>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>Entrega de dotación Kennedy</td><td>Uso de EPP y dotación – Luz Esperanza - Engativá</td></tr>
</table>

	
Seguimiento Uso de EPP – Luz Esperanza, Engativá	Seguimiento Uso de EPP – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy

5.4.7. Accidentalidad e incidentalidad en obra

Dentro del periodo del (11/12/2024 al 10/01/2025) no se reportó accidentes ni incidentes de trabajo.

Anexo 6. Certificado de accidentalidad.

Tabla 10. Índices de frecuencia de accidentabilidad por mes

CONTROL DE INDICADORES ACCIDENTALIDAD CONSORCIO OBRAS GT MES 1		
INDICES HS	FORMULAS	META
Frecuencia de accidentalidad	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	0
Proporción de accidentes mortales	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	0
Prevalencia en la enfermedad laboral	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo «Z» / Promedio de trabajadores en el periodo «Z») * 100.000	0
Incidencia de la enfermedad laboral	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo «Z» / Promedio de trabajadores en el periodo «Z») * 100.000	0
Ausentismo por causa medica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	0
Severidad de Accidentalidad	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	0

2024/2025	Frecuencia accidentes	Proporción de accidentes mortales	Prevalencia en la enfermedad laboral	Incidencia de la enfermedad laboral	Ausentismo por causa medica	Severidad de Accidentalidad
Diciembre 2024 / 2025	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

Para el periodo comprendido entre el 11/12/2024 al 10/01/2025 no se presentaron accidentes laborales, No presenta ausentismo por causa médica (enfermedad común).

5.4.8. Inspecciones de equipos de emergencias

Se realizan inspecciones a botiquín, extintores y camillas de emergencia que se encuentra en área administrativa, se anexa la evidencia de las inspecciones de equipos de emergencias en el Anexo 10. Inspecciones. La ruta de evacuación y punto de encuentro se encuentra ubicada en las áreas de las sedes, la salida de emergencia será la misma puerta principal de las instalaciones.

Anexo 10. Inspecciones.

Ilustración 6. Inspecciones de elementos de Emergencias



Elementos Botiquín – – Luz Esperanza, Engativá



Inspección Botiquín – Luz Esperanza, Engativá

	
Inspección Extintor – Luz Esperanza, Engativá	Inspección Extintor – Luz Esperanza, Engativá

5.4.9. Vehículos

Durante el periodo se contó con los vehículos para el contrato, para el desarrollarlo de las actividades constructivas. Previamente autorizados y avalados por interventoría. Se relaciona la maquinaria y vehículos en la siguiente tabla.

Para el periodo se presentó ingreso de los vehículos en los predios:

Tabla 11. Vehículos

VEHÍCULO	PLACA	MODELO
CAMIÓN FURGÓN	CHI062	1992
CAMIONETA	RMO445	2011

Anexo 11. Documentos equipo y vehículos.

5.5. PLAN ANUAL DE TRABAJO SST

El Plan de trabajo SST se encuentra registrado en el cronograma de actividades y capacitaciones, proyectado para la ejecución del proyecto. Se da cumplimiento al cronograma de actividades programado para el mes Nº1, las actividades que no se alcanzan a realizar se reprograman para el mes de Enero de 2024.
Anexo 9. Plan de trabajo SST.

5.6. SEGUIMIENTO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS

La matriz de riesgos presentada en el Plan General de Obra según la guía NTC 45 de identificación de peligros y valoración de riesgos; en la etapa constructiva, no hay materialización de ningún riesgo porque los riesgos que podían ser críticos tienen caracterización aceptable de acuerdo con los controles específicos establecidos. Al matriz de riesgos fue presentada en el Sistema de gestión SST a la interventoría, la cual fue aprobada.

5.7. COPASST

En el período evaluado se dio vigilancia al desarrollo de las actividades que cumplan los parámetros de materia de medicina, higiene y seguridad industrial. Debido a que las actividades constructivas se dieron inicio el 26 de diciembre, se realizará la conformación del Comité Paritario de seguridad y Salud en el Trabajo COPASST para el mes de Enero de 2025, para incluir dentro de la elección a los trabajadores de obra.

5.8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL – CCL

Debido a que las actividades constructivas se dieron inicio el 26 de diciembre, se realizará la conformación del Comité de convivencia laboral - CCL, en el mes de enero de 2025. se proyecta realizar las reuniones según lo estipulado en el plan de trabajo SST, con el fin de contar con el ingreso y participación de personal operativo.

Anexo 12. COPASST Y CCL.

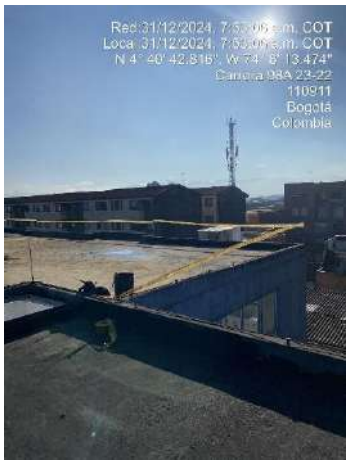
5.9. REPORTE TRABAJO EN ALTURA Y ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

Para el periodo se da inicio al desarrollo de actividades de obra, se elaboró y presento el Programa de prevención y protección contra caídas, el cual fue aprobado por interventoría. Se dio cumplimiento a la implementación del programa de trabajo en alturas. Para el periodo se realizó actividades en alturas en actividades de cambios de cubiertas, se anexan los soportes de las actividades realizadas. Se anexa los formatos de trabajo en alturas, ATS, Permisos de trabajo.

Se realizan inspecciones periódicas de las actividades desarrolladas en obra, señalización de áreas, verificación y acompañamiento de las actividades eléctricas.

Anexo 7. Análisis de Trabajo Seguro y Permisos de trabajo.

Ilustración 6. Inspecciones de elementos de Emergencias



Señalización – Cerramiento perimetral Jardín Infantil Oso de anteojos – Fontibón.



Señalización de seguridad – Engativá Luz de esperanza. 8 de enero de 2025

	
Inspecciones de herramientas – Luz Esperanza, Engativá	Verificación desenergización eléctrica – Luz Esperanza, Engativá
	
Inspecciones de seguridad – Luz Esperanza, Engativá	Inspecciones de seguridad – Luz Esperanza, Engativá

5.10. COMITÉS DE OBRA Y RECORRIDOS

Se realiza reunión del día 18 de diciembre 2024, en donde se realizó la socialización del plan institucional de gestión ambiental PIGA 2020 – 2024, en el que se da a conocer la política ambiental, prácticas ambientales sostenibles, y demás programas. Así mismo se explicó el anexo ambiental de los contratos donde se explican las obligaciones de los contratistas. Este plan fue socializado a los trabajadores del Consorcio Obras GT y contratistas de obra.
Anexo 13. Actas de comités.

5.11. REPORTE CUMPLIMIENTO OBJETIVOS Y METAS.

Durante el periodo del presente informe, se dio cumplimiento con lo establecido, dentro de los indicadores de gestión SST. A continuación, se relacionan los objetivos, metas e indicadores.

Tabla 12. Reporte cumplimiento objetivos y metas

CAPACITACIONES	OBJETIVO Evaluar el cumplimiento de las capacitaciones planteadas y su impacto en los trabajadores	META Participación del 90% del personal en obra.	INDICADOR N.º promedio de trabajadores que asistieron *100 /N.º Total trabajadores convocados. 25/25 = 100%
INSPECCIONES	OBJETIVO Evaluar el cumplimiento de las inspecciones programadas	META Realizar el 100% de las inspecciones programadas	N.º capacitaciones realizadas *100 / N.º Total de inspecciones programadas. 5/5 = 100%
CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO	OBJETIVO Evaluar el cumplimiento de las actividades programadas dentro del plan de trabajo SST	META Realizar el 90% de las Actividades programadas en el periodo	N.º atividades realizadas SST *100 / N.º Total de atividades programadas. 26/29 = 89%

6. COMPONENTE AMBIENTAL Y SOSTENIBILIDAD

6.1 ADECUACIÓN DE CAMPAMENTOS E INSTALACIONES TEMPORALES

Para las fases del proyecto, se contó con las siguientes instalaciones necesarias para el desarrollo de la obra:

- Oficinas Consorcio Obras GT en obra
- Punto ecológico en las localidades
- Adecuación de espacios para almacenamiento de herramientas y materiales.

En cada sede se realizó el acopio de materiales y equipos necesarios para realizar las actividades constructivas. Las cuales contaban con los servicios públicos para el desarrollo de las labores.

Dentro del punto de obra se contó con un punto de hidratación, para los trabajadores administrativos y de obra del consorcio Obras GT. En los frentes de obra se suministró hidratación a los trabajadores. Para el periodo no se utilizó agua para las actividades constructivas.

Tabla 13. Total agua de consumo Actividades Constructivas

Fecha	Fuente	Volumen (m3)
11/12/2024 - 10/01/2025	NA	NA
	Total	NA

6.2 MANEJO DE PERSONAL INSUMOS Y MATERIALES

Para realizar el adecuado manejo y transporte de insumos y materiales de construcción se implementaron medidas de mitigación y control de los posibles impactos ambientales que se pudieran generar durante las actividades de ejecución de la obra. Los materiales e insumos fueron almacenados adecuadamente en los lugares destinados para tal fin dentro de las sedes, con previo aviso y aprobación de los supervisores.

Para el periodo de este informe no se realizó utilización de material de cantera, en el momento en que se utilice se implementará la ficha de manejo correspondiente y se tomaran las medidas en obra.

6.3 MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS Y SÓLIDOS

6.3.1. Residuos sólidos

Para la separación en la fuente y la gestión adecuada de residuos sólidos se implementó el código de colores establecido en la Resolución 2184 de 2019, por lo que el punto ecológico se instalaron las canecas para la disposición de residuos:

Se instaló puntos ecológicos compuesto por 3 canecas plásticas de colores, con tapa y debidamente identificadas.

- Color blanco: residuos aprovechables como plástico, botellas, latas, vidrio, metales, papel y cartón.
- Color negro: residuos no aprovechables como el papel higiénico; servilletas, papeles y cartones contaminados con comida; papeles metalizados, entre otros.
- Color verde: residuos orgánicos como los restos de comida.

Se generaron 2kg de residuos no aprovechables, los cuales se ubicaron en los puntos establecidos por la empresa de aseo de cada localidad en los días y en los horarios que se presta el servicio de recolección, cumpliendo con el PIGA dispuesto por la entidad.

Tabla 14 Cantidad de residuos generados

CANTIDAD DE RESIDUOS GENERADOS			
Periodo	Tipo de residuos	N° Bolsas	Cantidad (KG)
Periodo 11 de diciembre de 2024 al 10 de enero de 2025	Ordinarios –convencionales	6	12
	Cartón y papel	0	0
	Plástico	0	0
	Peligroso	0	0
TOTAL		6	12

los residuos que se generaron en mayor cantidad fueron los residuos ordinarios convencionales, La gestión de residuos del proyecto se llevó a cabo mediante un punto ecológico para la separación y almacenamiento temporal. No se han produjo residuos clasificados como peligrosos.
Anexo 15. Formatos Ambientales

Ilustración 7. Puntos Ecológicos	
	
Punto Ecológico – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy	Punto Ecológico – Luz Esperanza, Engativá

6.3.2. Manejo de residuos de construcción

De acuerdo a la Resolución 507 del 2023, se remitió a interventoría el Plan de gestión de RCD incluyendo el anexo I, previo al inicio de la obra para ser aprobado por la entidad, donde se establecen las medidas a tener en cuenta para el manejo adecuado y disposición final. Para la obra se realiza el manejo de estos residuos en Rellenos de Colombia, empresa transportadores Distribuidores Ambientales. Los certificados de la disposición final de RCD serán entregados a interventoría conforme a los establecido en el anexo ambiental del contrato.

Durante la ejecución del contrato, se generaron residuos metálicos producto de las demoliciones, estos residuos se encuentran acopiados en las sedes donde se generaron para ser dispuestos adecuadamente.

Los reportes se entregan a interventoría mensualmente, para el mes de diciembre no se realizó disposición de materiales. Una vez se generen será entregado a interventoría los soportes ambientales de la disposición.

El proyecto por ser pequeño generador de RCD, según la normatividad vigente, no debe generar apertura del PIN ambiental ante la secretaria Distrital de Ambiente – SDA, igualmente se realizará la gestión, almacenamiento temporal, trasporte y disposición final conforme a los establecido por la normatividad ambiental referente a Residuos de demolición y construcción.

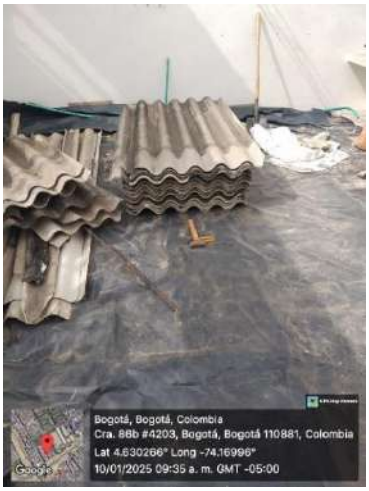
Los RCD considerados como peligrosos provenientes del cambio de tejas de asbesto, son manejados de acuerdo a la normatividad Acuerdo 825 de 2021, Ley 1968 de 2019. Se remitió a interventoría el procedimiento para desmonte de cubiertas en asbesto, indicando las medidas para el manejo seguro y adecuado. Este tipo de RCD será transportado y dispuesto conforme a lo establecido en el procedimiento y la normatividad vigente. Para el periodo se generaron 945 Kg.

Se realizó la recolección de RCD el día 10 de enero 2025, en el Jairdín Infantil Tintalito ubicado en la localidad de Kennedy, se genero 474 Kg de Drywall correspondiente a 0,5 toneladas, 7kg de PVC correspondiente a 0,007 toneladas y 945Kg de Tejas de Asbesto correspondiente a 0,9 toneladas. Cantidad total de RCD 1426kg correspondiente a 1,407 toneladas.

Anexo 16. Formatos y soportes RCD.

<table>
<tr><td colspan="2">Ilustración 8. Manejo de RCD en obra</td></tr>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>Acopio de RCD – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy</td><td>Acopio de RCD – Luz Esperanza, Engativá</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>  </td></tr>
<tr><td>Baños para uso de trabajadores – Luz Esperanza, Engativá</td><td>Baños para uso de trabajadores – Luz Esperanza, Engativá</td></tr>
</table>

	
Manejo de RCD tejas en Asbesto – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy	Manejo de RCD tejas en Asbesto – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy
	
Manejo de RCD tejas en Asbesto – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy	Manejo de RCD tejas en Asbesto – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy

	
Manejo de RCD tejas en Asbesto – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy	Recolección de RCD – Jardín Infantil Tintalito – Kennedy

6.3.3. Manejo de residuos líquidos

Se tiene contemplado realizar el mantenimiento de una trampa de grasas de una de las sedes de la localidad de Fontibón. Para lo cual se tendrá en cuenta el programa de residuos líquidos entregado a la interventoría dentro del plan de gestión ambiental. Una vez se realice esta actividad se entregará certificado de disposición y manejo adecuado de este tipo de residuos.

6.4 GESTIÓN DE EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO

Para minimizar la generación de gases de efecto invernadero, cada vehículo de propiedad o alquilados del consorcio contó con el certificado de revisión técnico-mecánica, de conformidad con lo establecido por la normatividad colombiana.

Durante el contrato, se utilizaron vehículos los cuales cuentan con el permito del Ministerio de trasporte para esta clase de RCD generados, cumpliendo con la normatividad vigente.

6.5 ORDEN Y ASEO

Durante el contrato se realizaron actividades de limpieza periódicas de las áreas donde se desarrollan actividades constructivas; ubicados en las sedes donde se desarrollaron actividades de demolición y Mantenimiento, los cuales se dejarán listos para realizar las correspondientes entregas.

	
Orden y aseo – Jardín Infantil Tintalito - Kennedy	Orden y aseo – Luz Esperanza, Engativá

6.6 INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES y SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES

Se relaciona a continuación los indicadores de buenas prácticas ambientales contempladas en el PMA.

Se anexan los formatos del PIGA de la entidad Secretaria de Integración Social. Reporte de sustitución-instalación agua y energía 2025 y Lista de control de maquinaria pesada. Anexo 14. Formatos PIGA

Tabla 15 Indicadores ambientales

Programa No. 1. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS		
INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	DESARROLLO INDICADOR
Manejo de residuos aprovechables	$\frac{Total\ de\ residuos\ aprovechables\ entregados}{Total\ de\ residuos\ generados} * 100$	0 *100% 0 NA
Manejo de residuos no aprovechables	$\frac{Total\ de\ residuos\ no\ aprovechables\ entrega}{Total\ de\ residuos\ generados} * 100$	12 *100% 12 100%

Manejo de residuos líquidos	$\frac{Total\ de\ residuos\ \text{líquidos dispuestos}}{Total\ de\ residuos\ \text{líquidos}\ generados} * 100$	0 *100% 0 NA
Programa No. 2. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN - RCD		
Disposición De Residuos De Construcción Y Demolición	$\frac{Total\ de\ RCD\ llevados\ a\ dispiscion\ final}{Total\ de\ RCD\ generados} * 100$	1,407 *100% 1,407 100%
Programa No. 3. CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS		
Medidas de control	*Número de actividades realizadas*	2 *100% 2 100%
Programa No. 4. MANEJO INTEGRAL DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN		
Manejo de materiales de construcción	Número de medidas implementadas para el manejo de materiales de construcción en el mes / No. de medidas propuestas x 100.	1*100% 1 100%
Programa No. 5. CAPACITACION		
Capacitaciones	Número de capacitaciones programadas / Número de capacitaciones ejecutadas X 100 =100 %	5*100% 6 83%
Programa No. 6. PROGRAMA IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SOSTENIBLES		
Manejo Adecuado de Residuos	Cantidad de residuos gestionados adecuadamente	1,407 *100% 1,407 100%
Programa No. 7. USO EFICIENTE DE AGUA		
Uso del Agua	Número de Quejas de la comunidad por manejo inadecuado del agua	0
Programa No. 8. USO EFICIENTE DE ENERGÍA		
Uso de la energía	Número de Quejas de la comunidad por manejo inadecuado de la energía.	0
Programa No. 9. PROGRAMA DE CONSUMO SOSTENIBLE		
Gestión de residuos en obra	Cantidad de residuos reciclados durante la obra.	0

6.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SST

A continuación, se relacionan conclusiones y recomendaciones del componente de seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de actividades del periodo.

- Durante el periodo se implementó las actividades del Sistema de Gestión de

Seguridad Y Salud en el Trabajo – SGSST, y ambientales durante el desarrollo de las actividades constructivas.

- Se adelantaron las actividades propuestas para el periodo en el plan de trabajo anual y el cronograma ambiental.
- Se presentan soportes de ingreso de personal y soportes de inducción, notificación de riesgos, entrega de EPP del personal vinculado en el periodo.
- Durante el periodo no se presentaron incidentes ni accidentes de trabajo.
- Durante el periodo se presentó a interventoría documentación de personal operativo para el desarrollo de las actividades constructivas.
- Se realizan las inspecciones programadas en el plan de trabajo SST.
- No se presentaron incidentes o accidentes ambientales, durante el periodo.
- El componente ambiental cumplió con los requerimientos establecidos contractualmente y por la normatividad ambiental.
- Se realizaron recorridos periódicos a obra a fin de verificar las condiciones ambientales del proyecto.
- El Proyecto no requiere apertura del PIN ambiental de obra, por ser pequeño generador de RCD.
- Se realizó el manejo de los RCD, conforme con la normatividad vigente, disponiéndolos en los sitios autorizados por las autoridades competentes.
- Se dio atención a los requerimientos del IDIGER e interventoría, según la intervención dada

6.5. ANEXOS DEL COMPONENTE SST Y AMBIENTAL

A continuación, se relacionan los anexos soportes de la gestión del componente de seguridad y salud en el trabajo y ambiental.

- Anexo 1. Pago de seguridad social
- Anexo 2. Relación de personal
- Anexo 3. Documentos de ingreso - retiro - Exámenes
- Anexo 4. Inducciones - charlas y capacitaciones
- Anexo 5. Entrega de dotación
- Anexo 6. Certificado de accidentalidad
- Anexo 7. ATS - Permisos de trabajo
- Anexo 8. Certificado de aportes y parafiscales
- Anexo 9. Plan de trabajo anual
- Anexo 10. Inspecciones
- Anexo 11. Documentos de equipos - Vehículos
- Anexo 12. COPASST y Comité de convivencia
- Anexo 13. Actas de Comité
- Anexo 14. Formatos PIGA
- Anexo 15. Formatos Ambientales
- Anexo 16. Formatos y soportes RCD

Certificado de Aportes

Se certifica que FUERZA ACTIVA E.S.T S.A.S identificado(a) con NI 900583038 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE DARIO CASTRO LOPEZ identificado(a) con CC 4198494

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30																		$2,000,000	4%	$80,000
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$2,000,000	16%	$320,000
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																		$2,000,000		$0
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																		$2,000,000		$0
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																		$0	0%	$0
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																		$0	0%	$0
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$2,000,000	6.96%	$139,200
9478739544	1118949781	E	2024-12-11	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																		$2,000,000	4%	$80,000

Este certificado se expide el día 2024-12-16 a las 11:10.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	11346289	CESAR AUGUSTO CUERVO	CLL 30 No. 10 - 54	2621520	ccuervo17@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	26/12/2024	82124365	$370.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF 0		0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	**2**	370.500	370.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11346289	CESAR AUGUSTO CUERVO		CLL 30 No. 10 - 54	2621520	ccuervo17@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	26/12/2024	82124365	$370.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	11346289	CUERVO CESAR AUGUSTO	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79317526	EDGAR IVAN SANCHEZ	Calle 26 # 15-26	2581527	eisanchez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/12/2024	82902743	$712.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF 0		0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	**2**	712.500	712.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79317526	EDGAR IVAN SANCHEZ		Calle 26 # 15-26	2581527	eisanchez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/12/2024	82902743	$712.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79317526	SANCHEZ EDGAR IVAN	59	0			N																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	312.500	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	11685270	IVAN CUBILLOS TRUJILLO	Cra 70 No. 65ª71	3214520080	ivancub5@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	16/12/2024	81999470	$912.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	512.000	0	0	0	0	0	0		512.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	400.000
Pensión	1	512.000	512.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF 0		0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	**2**	912.000	912.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11685270	IVAN CUBILLOS TRUJILLO		Cra 70 No. 65ª71	3214520080	ivancub5@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	16/12/2024	81999470	$912.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	11685270	CUBILLOS TRUJILLO IVAN	59	0			N																	230301	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.200.000	400.000	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	13874430	JAIRO ANDRES MEZA ROSAS	Calle 102 # 50-57. Edificio Ciien. Apto 702	6944534	jairoandresmeza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82948932	$2.401.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.000.000	0		0		0	0	0	0	1.000.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.280.000	0	0	40.000	40.000	0	0		1.360.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	41.800				41.800	0	0	41.800			418	41.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.000.000	1.000.000
Pensión	1	1.360.000	1.360.000
Riesgos Laborales	1	41.800	41.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.401.800	2.401.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	13874430	JAIRO ANDRES MEZA ROSAS		Calle 102 # 50-57. Edificio Ciien. Apto 702	6944534	jairoandresmeza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82948932	$2.401.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	13874430	MEZA ROSAS JAIRO ANDRES	59	0			N																	25-14	8.000.000	1.280.000	0	0	40.000	40.000	EPS008	8.000.000	1.000.000	14-11	8.000.000	1	41.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901886750	6	CONSORCIO OBRAS GT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 99 # 49 - 38 OF 509	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3173837177	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1139269007	9479180388	E	2024/12/12	2024/12/19	SCOTIABANK COLPATRIA	7	$2,074,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (10 Afiliados)																							**$6,663,335**	**$1,066,300**			**$6,663,335**	**$266,700**			**$6,663,334**	**$266,700**			**$6,663,335**		**$464,500**		**$0**	**$0**		**$2,064,200**
Centro de Trabajo: OBRAS G.T (2 Afiliados)																							**$2,670,000**	**$427,200**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**		**$185,900**		**$0**	**$0**		**$826,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							**$2,670,000**	**$427,200**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**		**$185,900**		**$0**	**$0**		**$826,700**
1	CC	1032406577	HIGUERA JONATHAN	X																	230301	2	$120,000	$19,200	EPS010	2	$120,000	$4,800	CCF24	2	$120,000	$4,800	14-11	2	$120,000	6.960%	$8,400	2	$0	$0	Si	$37,200
2	CC	1110538310	MEISEL ANDRES	X																	230301	17	$2,550,000	$408,000	EPS002	17	$2,550,000	$102,000	CCF24	17	$2,550,000	$102,000	14-11	17	$2,550,000	6.960%	$177,500	17	$0	$0	Si	$789,500
Centro de Trabajo: SECRETARIA DISTRITAL (8 Afiliados)																							**$3,993,335**	**$639,100**			**$3,993,335**	**$159,900**			**$3,993,334**	**$159,900**			**$3,993,335**		**$278,600**		**$0**	**$0**		**$1,237,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							**$3,993,335**	**$639,100**			**$3,993,335**	**$159,900**			**$3,993,334**	**$159,900**			**$3,993,335**		**$278,600**		**$0**	**$0**		**$1,237,500**
3	CC	1019119229	CASTELLANOS ADRIANA	X																	230301	2	$146,667	$23,500	EPS005	2	$146,667	$5,900	CCF24	2	$146,667	$5,900	14-11	2	$146,667	6.960%	$10,300	2	$0	$0	Si	$45,600
4	CC	1030628001	CHAPARRO SHARON	X																	230301	2	$233,334	$37,400	EPS008	2	$233,334	$9,400	CCF24	2	$233,333	$9,400	14-11	2	$233,334	6.960%	$16,300	2	$0	$0	Si	$72,500
5	CC	52486951	CHISACA JOHANA	X																	230301	6	$700,000	$112,000	EPS005	6	$700,000	$28,000	CCF24	6	$700,000	$28,000	14-11	6	$700,000	6.960%	$48,800	6	$0	$0	Si	$216,800
6	CC	1026289001	FORERO CAROL	X																	230201	6	$700,000	$112,000	EPS008	6	$700,000	$28,000	CCF24	6	$700,000	$28,000	14-11	6	$700,000	6.960%	$48,800	6	$0	$0	Si	$216,800
7	CC	1058038536	MERCHAN JESSIKA	X																	230301	6	$700,000	$112,000	EPS017	6	$700,000	$28,000	CCF24	6	$700,000	$28,000	14-11	6	$700,000	6.960%	$48,800	6	$0	$0	Si	$216,800
8	CC	1033689993	QUINTERO JUAN	X																	230301	2	$166,667	$26,700	EPS010	2	$166,667	$6,700	CCF24	2	$166,667	$6,700	14-11	2	$166,667	6.960%	$11,700	2	$0	$0	Si	$51,800
9	CC	91298682	ROBLES ORLANDO	X																	230301	6	$1,200,000	$192,000	EPS005	6	$1,200,000	$48,000	CCF24	6	$1,200,000	$48,000	14-11	6	$1,200,000	6.960%	$83,600	6	$0	$0	Si	$371,600
10	CC	1030634359	TALERO DANIEL	X																	230301	2	$146,667	$23,500	EPS017	2	$146,667	$5,900	CCF24	2	$146,667	$5,900	14-11	2	$146,667	6.960%	$10,300	2	$0	$0	Si	$45,600
Total			**Afiliados(10)**																				$6,663,335	$1,066,300			$6,663,335	$266,700			$6,663,334	$266,700			$6,663,335		$464,500		$0	$0		$2,064,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901886750	6	CONSORCIO OBRAS GT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 99 # 49 - 38 OF 509	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3173837177	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1139269007	9479180388	E	2024/12/12	2024/12/19	SCOTIABANK COLPATRIA	7	$2,074,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				10	$1,066,300	$5,100	$0	$1,071,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$954,300	$4,500	$0	$958,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$112,000	$600	$0	$112,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$464,500	$2,200	$0	$466,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$464,500	$2,200	$0	$466,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$266,700	$1,300	$0	$268,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$266,700	$1,300	$0	$268,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				10	$266,700	$1,400	$0	$268,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$37,400	$200	$0	$37,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$11,500	$100	$0	$11,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$33,900	$200	$0	$34,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$102,000	$500	$0	$102,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$81,900	$400	$0	$82,300
TOTAL				**10**	**$2,064,200**	**$10,000**	**$0**	**$2,074,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901886750	6	CONSORCIO OBRAS GT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 99 # 49 - 38 OF 509	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3173837177	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1139269007	9479180388	E	2024/12/12	2024/12/19	SCOTIABANK COLPATRIA	7	$2,074,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (10 Afiliados)																							**$6,663,335**	**$1,066,300**			**$6,663,335**	**$266,700**			**$6,663,334**	**$266,700**			**$6,663,335**		**$464,500**		**$0**	**$0**		**$2,064,200**
Centro de Trabajo: OBRAS G.T (2 Afiliados)																							**$2,670,000**	**$427,200**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**		**$185,900**		**$0**	**$0**		**$826,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							**$2,670,000**	**$427,200**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**	**$106,800**			**$2,670,000**		**$185,900**		**$0**	**$0**		**$826,700**
1	CC	1032406577	HIGUERA JONATHAN	X																	230301	2	$120,000	$19,200	EPS010	2	$120,000	$4,800	CCF24	2	$120,000	$4,800	14-11	2	$120,000	6.960%	$8,400	2	$0	$0	Si	$37,200
2	CC	1110538310	MEISEL ANDRES	X																	230301	17	$2,550,000	$408,000	EPS002	17	$2,550,000	$102,000	CCF24	17	$2,550,000	$102,000	14-11	17	$2,550,000	6.960%	$177,500	17	$0	$0	Si	$789,500
Centro de Trabajo: SECRETARIA DISTRITAL (8 Afiliados)																							**$3,993,335**	**$639,100**			**$3,993,335**	**$159,900**			**$3,993,334**	**$159,900**			**$3,993,335**		**$278,600**		**$0**	**$0**		**$1,237,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							**$3,993,335**	**$639,100**			**$3,993,335**	**$159,900**			**$3,993,334**	**$159,900**			**$3,993,335**		**$278,600**		**$0**	**$0**		**$1,237,500**
3	CC	1019119229	CASTELLANOS ADRIANA	X																	230301	2	$146,667	$23,500	EPS005	2	$146,667	$5,900	CCF24	2	$146,667	$5,900	14-11	2	$146,667	6.960%	$10,300	2	$0	$0	Si	$45,600
4	CC	1030628001	CHAPARRO SHARON	X																	230301	2	$233,334	$37,400	EPS008	2	$233,334	$9,400	CCF24	2	$233,333	$9,400	14-11	2	$233,334	6.960%	$16,300	2	$0	$0	Si	$72,500
5	CC	52486951	CHISACA JOHANA	X																	230301	6	$700,000	$112,000	EPS005	6	$700,000	$28,000	CCF24	6	$700,000	$28,000	14-11	6	$700,000	6.960%	$48,800	6	$0	$0	Si	$216,800
6	CC	1026289001	FORERO CAROL	X																	230201	6	$700,000	$112,000	EPS008	6	$700,000	$28,000	CCF24	6	$700,000	$28,000	14-11	6	$700,000	6.960%	$48,800	6	$0	$0	Si	$216,800
7	CC	1058038536	MERCHAN JESSIKA	X																	230301	6	$700,000	$112,000	EPS017	6	$700,000	$28,000	CCF24	6	$700,000	$28,000	14-11	6	$700,000	6.960%	$48,800	6	$0	$0	Si	$216,800
8	CC	1033689993	QUINTERO JUAN	X																	230301	2	$166,667	$26,700	EPS010	2	$166,667	$6,700	CCF24	2	$166,667	$6,700	14-11	2	$166,667	6.960%	$11,700	2	$0	$0	Si	$51,800
9	CC	91298682	ROBLES ORLANDO	X																	230301	6	$1,200,000	$192,000	EPS005	6	$1,200,000	$48,000	CCF24	6	$1,200,000	$48,000	14-11	6	$1,200,000	6.960%	$83,600	6	$0	$0	Si	$371,600
10	CC	1030634359	TALERO DANIEL	X																	230301	2	$146,667	$23,500	EPS017	2	$146,667	$5,900	CCF24	2	$146,667	$5,900	14-11	2	$146,667	6.960%	$10,300	2	$0	$0	Si	$45,600
Total			**Afiliados(10)**																				$6,663,335	$1,066,300			$6,663,335	$266,700			$6,663,334	$266,700			$6,663,335		$464,500		$0	$0		$2,064,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901886750	6	CONSORCIO OBRAS GT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 99 # 49 - 38 OF 509	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3173837177	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1139269007	9479180388	E	2024/12/12	2024/12/19	SCOTIABANK COLPATRIA	7	$2,074,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				10	$1,066,300	$5,100	$0	$1,071,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$954,300	$4,500	$0	$958,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$112,000	$600	$0	$112,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$464,500	$2,200	$0	$466,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	10	$464,500	$2,200	$0	$466,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$266,700	$1,300	$0	$268,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	10	$266,700	$1,300	$0	$268,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				10	$266,700	$1,400	$0	$268,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$37,400	$200	$0	$37,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$11,500	$100	$0	$11,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$33,900	$200	$0	$34,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$102,000	$500	$0	$102,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$81,900	$400	$0	$82,300
TOTAL				**10**	**$2,064,200**	**$10,000**	**$0**	**$2,074,200**

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ADRIANA CASTELLANOS VINCHERY identificado(a) con CC 1019119229

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	2	X																$146,667	4%	$5,900
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																$146,667	16%	$23,500
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	2	X																$146,667		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	2	X																$146,667		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	2	X																$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	2	X																$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																$146,667	6.96%	$10,300
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																$146,667	4%	$5,900

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:11.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CAROL GINETH FORERO GONZALEZ identificado(a) con CC 1026289001

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	6	X																	$700,000	4%	$28,000
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																	$700,000	16%	$112,000
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	6	X																	$700,000		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	6	X																	$700,000		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	6	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	6	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																	$700,000	6.96%	$48,800
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																	$700,000	4%	$28,000

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:12.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DANIEL FELIPE TALERO ROJAS identificado(a) con CC 1030634359

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	2	X																	$146,667	4%	$5,900
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$146,667	16%	$23,500
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	2	X																	$146,667		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	2	X																	$146,667		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	2	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	2	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$146,667	6.96%	$10,300
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$146,667	4%	$5,900

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:14.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JESSIKA PAOLA MERCHAN ADAME identificado(a) con CC 1058038536

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	6	X																	$700,000	4%	$28,000
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																	$700,000	16%	$112,000
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	6	X																	$700,000		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	6	X																	$700,000		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	6	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	6	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																	$700,000	6.96%	$48,800
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																	$700,000	4%	$28,000

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:13.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ORLANDO ROBLES MONTESINO identificado(a) con CC 91298682

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	6	X																$1,200,000	4%	$48,000
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																$1,200,000	16%	$192,000
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	6	X																$1,200,000		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	6	X																$1,200,000		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	6	X																$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	6	X																$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																$1,200,000	6.96%	$83,600
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	6	X																$1,200,000	4%	$48,000

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:14.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SHARON DANAY CHAPARRO SECUE identificado(a) con CC 1030628001

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	2	X																	$233,334	4%	$9,400
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$233,334	16%	$37,400
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	2	X																	$233,334		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	2	X																	$233,334		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	2	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	2	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$233,334	6.96%	$16,300
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$233,333	4%	$9,400

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:12.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO OBRAS GT identificado(a) con NI 901886750 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN CAMILO QUINTERO PARRA identificado(a) con CC 1033689993

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	2	X																	$166,667	4%	$6,700
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$166,667	16%	$26,700
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	2	X																	$166,667		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	2	X																	$166,667		$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	2	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	2	X																	$0	0%	$0
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$166,667	6.96%	$11,700
9479180388	1139269007	E	2024-12-19	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	2	X																	$166,667	4%	$6,700

Este certificado se expide el día 2024-12-20 a las 09:13.

Medellín, 16 de december de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CESAR AUGUSTO CUERVO identificado(a) con cédula de ciudadanía 11346289 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/12/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OBRAS GT N901886750

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

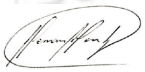
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/12/2024 5.24 PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CESAR AUGUSTO CUERVO MOMONTAÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11346289,** se encuentra afiliado/a desde **12/07/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Cesar Augusto Cuervo Montaño** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **11346289,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11346289
NOMBRES Y APELLIDOS	Cesar Augusto Cuervo Montaño
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/07/1968
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/10/2017
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	504 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	504 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/10/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 11346289 Trabajador Independiente Desde 02/10/2017 - Vigente

Generado por yudy.guzman 16/12/2024

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Cesar Augusto Cuervo Montaño** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **11346289,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11346289
NOMBRES Y APELLIDOS	Cesar Augusto Cuervo Montaño
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/07/1968
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/10/2017
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	504 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	504 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/10/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 11346289 Trabajador Independiente Desde 02/10/2017 - Vigente

Generado por yudy.guzman 16/12/2024

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

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 11346289

Fecha: 16-diciembre-2024 08:12 am
Impresión: 16-diciembre-2024 08:34 am



Paciente: **CUERVO MONTAÑO CESAR AUGUSTO**
Doc.Iden.: **CC11346289** Edad: 56 Años Sexo: M
Entidad: **SOLUCIONES FUERZACTIVA S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
Dirección: N/D
Adm. Salud: E.P.S. SANITAS
Admin.Riesgos ARL SURA
Estrato: 3
Cargo: INGENIERO ELECTRECISTA
Teléfono: 3173837177 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension COLPENSIONES

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que CUERVO MONTAÑO CESAR AUGUSTO identificado con documento de identidad CC 11346289 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de INGENIERO ELECTRICISTA:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Régimen de reducción de peso controlado por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Control rutinario anual por optometría en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NEGATIVO

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

CUERVO MONTAÑO CESAR AUGUSTO
CC 11346289

Medellín, 16 de december de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que EDGAR IVAN SANCHEZ MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía 79317526 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/12/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OBRAS GT N901886750

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

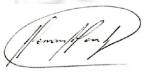
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/12/2024 5.27 PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDGAR IVAN SANCHEZ MORALES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79317526,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Edgar Ivan Sanchez Morales** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **79317526,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79317526
NOMBRES Y APELLIDOS	Edgar Ivan Sanchez Morales
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	22/04/1964
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	31/12/2018
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	452 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	452 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	31/12/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 79317526 Trabajador Independiente Desde 31/12/2018 - Vigente

Generado por yudy.guzman 16/12/2024

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

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 79317526

Fecha: 16-diciembre-2024 11:38 am
Impresión: 16-diciembre-2024 11:59 am



Paciente: **SANCHEZ MORALES EDGAR IVAN**
Doc.Iden.: **CC79317526** Edad: 60 Años Sexo: M
Entidad: **SOLUCIONES FUERZACTIVA S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
Dirección: N/D
Adm. Salud: E.P.S.SANITAS
Admin.Riesgos ARL SURA
Estrato: 3
Cargo: ESPECIALISTA EN PROGRAMACION
Teléfono: 3153631495 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension COLPENSIONES

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que SANCHEZ MORALES EDGAR IVAN identificado con documento de identidad CC 79317526 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de ESPECIALISTA EN PROGRAMACION:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Régimen de reducción de peso controlado por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Control rutinario anual por optometría en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NEGATIVO

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

SANCHEZ MORALES ESGAR IVAN
CC 79317526

Medellín, 16 de december de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que IVAN AUGUSTO CUBILLOS TRUJILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 11685270 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/12/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OBRAS GT N901886750

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

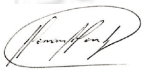
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/12/2024 5.30 PM

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) IVAN AUGUSTO CUBILLOS TRUJILLO identificado(a) con Cedula Ciudadania 11685270, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar en calidad de Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
18/11/2008	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Diciembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27081843

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

IVAN AUGUSTO CUBILLOS TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.685.270**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 11685270

Fecha: 16-diciembre-2024 9:45 am
Impresión: 16-diciembre-2024 10:03 am



Paciente: **CUBILLOS TRUJILLO IVAN AUGUSTO**
Doc.Iden.: **CC11685270** Edad: 45 Años Sexo: M
Entidad: **SOLUCIONES FUERZACTIVA S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
Dirección: N/D
Adm. Salud: E.P.S. COMPENSAR
Admin.Riesgos ARL SURA
Estrato: 3
Cargo: ESPECIALISTA REDES HUMEDAS
Teléfono: 3214520080 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension PORVENIR

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que CUBILLOS TRUJILLO IVAN AUGUSTO identificado con documento de identidad CC 11685270 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de ESPECIALISTA REDES HUMEDAS:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Régimen de reducción de peso controlado por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Control rutinario anual por optometría en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NEGATIVO

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

CUBILLOS TRUJILLO IVAN AUGUSTO
CC 11685270

Medellín, 16 de december de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JAIRO ANDRES MEZA ROSAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 13874430 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/12/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO OBRAS GT N901886750

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

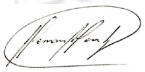
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/12/2024 5.19 PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIRO ANDRES MEZA ROSAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13874430,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JARIO ANDRES MEZA ROSAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 13874430, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar en calidad de Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
01/04/2019	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Diciembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27081843

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 91298682

Fecha: 16-diciembre-2024 11:05 am
Impresión: 16-diciembre-2024 11:15 am



Paciente: **MEZA ROSAS JAIRO ANDRES**
Doc.Iden.: **CC13874430** Edad: 42 Años Sexo: M
Entidad: **SOLUCIONES FUERZACTIVA S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
Dirección: N/D
Adm. Salud: E.P.S. COMPENSAR
Admin.Riesgos ARL SURA
Estrato: 3
Cargo: ESPECIALISTA ESTRUCTURAL
Teléfono: 3173736734 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension COLPENSIONES

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que MEZA ROSAS JAIRO ANDRES identificado con documento de identidad CC 13874430 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de ESPECIALISTA ESTRUCTURAL:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Régimen de reducción de peso controlado por EPS.
Mantener un consumo moderado de carbohidratos y grasas.
Realizar actividad física regular.
Control rutinario anual por optometría en EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso a necesidad de anteojos o lentes correctivos.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NEGATIVO

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

MEZA ROSAS JAIRO ANDRES
CC13874430

CLÍNICA NUEVO MONTERREY
ASOCIACIÓN MÉDICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL S.A.S

NIT. 901292442
Calle 102 No. 70b - 57, Barrio Santa Rosa, Suba
Cel. 322 419 4517 - E-mail. atencion@nuevomonterrey.com.co
www.nuevomonterrey.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.924

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CLÍNICA NUEVO MONTERREY	WD INTEGRAL CONSTRUCCIONES S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

DUARTE RUEDA WILLIAM	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 4 MESES 6 DÍAS	CC	1098659052
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO RESIDENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE LABORAR EN EL CARGO SIN RESTRICCIONES.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN CARGOS ADMINISTRATIVOS

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 CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	GLUCOSA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	CAPACITACIÓN	NO FUMAR
ESPECIALISTA : NUTRICION		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

Barbara Zuñiga

Firma:

Nombre: ZUÑIGA GONZÁLEZ DIGNA BARBARA

R. M.: 033857 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
D1047J1P4924

Aspirante o Trabajador

William D.

Firma:

Nombre: DUARTE RUEDA WILLIAM

CC: 1098659052

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013854484	2|3|1|2|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
DUARTE (Primer apellido)	RUEDA (Segundo apellido)	WILLIAM (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1098659052	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: GIRON	0|3|0|9|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1300000	

26.Residencia			
CL 13 D NO 13 93 AP 301 (Dirección)	Telefono fijo	3186133860 (Telefono celular)	WILLIAMDUARTERUEDA0721@GMAIL.COM (Correo electronico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	NILO		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	PUESTO DE SALUD NILO DUMIAN - PUESTO DE SALUD NILO DUMIAN	PSNILODUMI - PSNILODUMI
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
WD INTEGRAL CONSTRUCCIONES SAS	NIT	900740484	01

59.Ubicación				
CL 200 12 440 AP 206 ED TORINO (Direccion)	6896775 (Teléfono fijo o celular)	MARTHADUARTE@GMAIL.COM (Correo electrónico)	SANTANDER (Departamento)	FLORIDABLANCA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4013854484

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|3|1|2|2|0|2|4		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	
2|3|1|2|2|0|2|4	2|3|1|2|2|0|2|4	

Observaciones

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

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 18/12/2024

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900740484
Nombre:	WD INTEGRAL CONSTRUCCIONES SAS		
Dirección:	CL 200 12 440 AP 206		
Departamento:	SANTANDER	**Municipio:**	FLORIDABLANCA
Correo electrónico:	wdintegralconstrucciones@gmail.com		
Teléfono:	3186634381	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 91175736	WILLIAM DUARTE

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2024-01-022-474409	19/12/2024	CC 1098659052	WILLIAM DUARTE RUEDA	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: EfuxufFFxlbHMK5Iet6EXA==

Certificado impreso el día 18/12/2024 12:24:05 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

WILLIAM
DUARTE RUEDA
CC - 1098659052

WD INTEGRAL CONSTRUCCIONES SAS
900740484

Este carné es personal e intransferible.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILLIAM DUARTE RUEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.659.052**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Jimenez (Primer apellido)	Santana (Segundo apellido)	Andres (Primer nombre)	Felipe (Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.023.960.348	Femenino [ ] Masculino [X]	06/05/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	Porvenir	1.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
Cll 47 B Sur # 13 F 43 Este	314 256 8262		sebastingimenez2530@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Bogotá d.c	Urbana [X] Rural [ ]	San Cristobal	Cundinamarca

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

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
INSTAWILL SAS	NIT	900693542-8	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 13 F Bis este 47 c 08 sur	8037792	instawill-1996@hotmail.com	Bogotá	cundinamarca

VIGILADO SUPERSALUD

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		24/12/2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
Andres Felipe Jimenez	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.960.348
JIMENEZ SANTANA

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andres felipe Jimenez S.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

20-MAY-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01090618-M-1023960348-20190801 0067120151A 1 9909290026

Calle A 71B Sur # 13F 43 Este
3142568262
EPS: Capital Salud

Gmail

Paola Castro <atencionalcolaborador@fuerzactiva.co

RV: SOLICITUD DE AFILIACIÓN.

mensaje

au contributivo <paucontributivo@capitalsalud.gov.co> 30 de diciembre de 2024, 10
ara: "atencionalcolaborador@fuerzactiva.co" <atencionalcolaborador@fuerzactiva.co>

Buen día.

Reciba un cordial saludo por parte de Capital Salud EPS-S;

En atención a la comunicación, en la cual solicita el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de nuestra EPS Capital Salud, debemos informarle que fue procesado el cambio de movilidad al Régimen Contributivo de manera exitosa.

A continuación, relaciono las personas afiliadas:

1 APELLIDO	2 APELLIDO	1 NOMBRE	2 NOMBRE	TIP DOC	N° DOC	NIT EMPLEADOR	FECHA INICIO	TIPO AFIL
JIMENEZ	SANTANA	ANDRES	FELIPE	CC	1023960348	900693542	24/12/2024	COTIZANTE

Es preciso indicar que el Artículo 20 de la Ley 962 de 2005 señala: "*Supresión de sellos. En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos cualquiera sea la modalidad o técnica utilizada, en el otorgamiento o trámite de documentos, salvo los que se requieran por motivos de seguridad…" (Subrayado propio)*

En cuanto al soporte de radicación, la Ley 527 de 1999 y la Ley 962 de 2005 (Ley anti tramites) establecen que la información diligenciada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.

ORG TOTAL S.A.S.
1ALTURAS S.A.S.
Nit 901161844-8
Lic. SST No.5162/2018
1alturas.com.co

certifica que:

ANDRES FELIPE JIMENEZ SANTANA

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 1023960348**

Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
NIT o CC: 901886750-6
Contratante: MARINELA SEGURA TELLEZ
ARL: SURA

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y demás normas complementarias.
Certificación **NTC. 6072** de **2014** No. **CO24.00460** de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC **09-CPR-008** Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

REENTRENAMIENTO TRABAJO EN ALTURAS.

Realizado en Bogotá Con Una Intensidad de 8 Horas.
Del 26 de Dic. al 26 de Dic. de 2024

Por lo cual se le otorga el presente Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (26) días del mes de Diciembre de (2024)

cursodealturas.com.co

Jose Orlando Franco Rodriguez
Lic SST No. 5202/Abril 2018
Representante Legal

Karen Eliana Neira Ballén
Lic SST No. 10455/Julio 2021
Entrenador

122024-13591
CONSECUTIVO

Medellín, 23 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023960348	JIMENEZ SANTANA ANDRES FELIPE	24/12/2024		15034nN2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2024 15:23:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 107.154.191.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023960348
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	JIMENEZ SANTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	18/07/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/27/2024 08:17:14	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE JIMENEZ SANTANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.960.348**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JIMENEZ SANTANA ANDRES FELIPE	Masculino	27 Años	CC (Tipo)	1023960348 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Andrel Felipe Jimenez

Firma:
Nombre: JIMENEZ SANTANA ANDRES FELIPE
CC 1023960348

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_4733368

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900693542 INSTAWIL SAS
Afiliado	CC 1023911526 FREDI FERNANDO CUBILLOS CORTES
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. TV 13 F BIS B ESTE # 47 C 08 SUR
Fecha de ingreso	27/12/2024
Fecha de radicación	27/12/2024 05:26:30 p.m.
Código de Transacción	189919823
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 01/2025

Fecha de generación 27/12/2024

Medellín, 27 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023911526	CUBILLOS CORTES FREDI FERNANDO	28/12/2024		23314044	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2024 16:39:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 107.154.191.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FREDI FERNANDO CUBILLOS CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.911.526**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FREDI FERNANDO CUBILLOS CORTES	Masculino	34 Años	CC (Tipo)	1023911526 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Fredi Cubillos

Firma:
Nombre: FREDI FERNANDO CUBILLOS
CC 1023911526

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9011631049

9011631049

No. de Radicación: 28664650

Fecha de Radicación: 26 12 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación:	A. Individual: • Cónyuge o compañero de Pareja [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]
B. Reporte de Novedades [X]	B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [X]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
CUBILLOS	PEREZ	HAROLD	SNEIDER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1000348247	Femenino [ ] Masculino [X]	11 06 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización (IBC)	18. Residencia			
$1.300.000				

Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INSTAWIL SAS	NT	900693542	

39. Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Municipio / Distrito	Departamento
TV 13F BIS E 49 08 S	3719482	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	43. Fecha novedad
					23 12 2024

42. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de diligenciamiento completo de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la recolección de datos y Política de Tratamiento de la Información.
48. Declaración de cotizantes de mujeres de buena fe sobre el estado de embarazo que implica la entrega de los documentos que acrediten la condición de dependientes.
49. Compromiso de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios y afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y pruebas del estado civil del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere con la afiliación o de reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo requieran.
52. Autorización para que la EPS envíe los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o del representante legal	Firma del empleador, entidad o persona que realiza la afiliación
Harold Sneider Cubillos	

IX. ANEXOS

54. Anexo: copia del documento de identidad: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] Pas. [ ] Cnd. [ ] Cert. [ ] R.C. [ ] Otro [ ] Cuál? [ ] Total [ ]
57. Copia del documento que acredite la calidad de pensionado expedido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes o acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del duplicado en paz y salvo o de la petición presentada o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el peticionario sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Constancia de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de homologado o el orden de afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: PINTOR DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

V1/2020

ORG TOTAL S.A.S.
1ALTURAS S.A.S.
Nit 901161844-8
Lic. SST No.5162/2018
1alturas.com.co

certifica que:

HAROLD SNEIDER CUBILLOS PEREZ

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 1000348247**

Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
NIT o CC: 901886750-6
Contratante: MARINELA SEGURA TELLEZ
ARL: SURA

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y demás normas complementarias.
Certificación **NTC. 6072** de **2014** No. **CO24.00460** de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC **09-CPR-008** Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

REENTRENAMIENTO TRABAJO EN ALTURAS.

Realizado en Bogotá Con Una Intensidad de 8 Horas.
Del 26 de Dic. al 26 de Dic. de 2024

Por lo cual se le otorga el presente Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (26) días del mes de Diciembre de (2024)

cursodealturas.com.co

Jose Orlando Franco Rodriguez
Lic SST No. 5202/Abril 2018
Representante Legal

Karen Eliana Neira Ballén
Lic SST No. 10455/Julio 2021
Entrenador

122024-13590
CONSECUTIVO

Medellín, 23 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000348247	CUBILLOS PEREZ HAROLD SNEIDER	24/12/2024		164134³6	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2024 15:29:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 107.154.191.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CUBILLOS PEREZ HAROLD SNEIDER	Masculino	25 Años	CC (Tipo)	1000348247 (Número)

Cargo **AUXILIAR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Sneider Cubillos

Firma:
Nombre: CUBILLOS PEREZ HAROLD SNEIDER
CC 1000348247

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HAROLD SNEIDER CUBILLOS PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.348.247**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 27 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OPERATIVO			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1000774521	ALVAREZ JHOAN SEBASTIAN	28/12/2024		U22444T1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2024 16:37:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 107.154.191.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000774521
NOMBRES	JOAN SEBASTIAN
APELLIDOS	ALVAREZ BUSTOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/06/2013	31/05/2024	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/28/2024 11:44:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOAN SEBASTIAN ALVAREZ BUSTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.774.521**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	**12** MES	**2024** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS**

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JOAN SEBASTIAN ALVAREZ BUSTOS	Masculino	27 Años	CC (Tipo)	1000774521 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

JOAN ALVAREZ

Firma:
Nombre: JOAN SEBASTIAN ALVAREZ
CC 1000774521

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

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

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Moreno (Primer apellido)	Garcia (Segundo apellido)	Sebastian (Primer nombre)	Alexander (Segundo nombre)

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1010225639	Femenino [ ] Masculino [X]	09 01 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
Sura	Colpensiones	1.300.000

18. Residencia				
Tv 1A este #62-19 Sur (Dirección)	8037792 (Teléfono)	(Teléfono celular)	N/A (Correo electrónico)	
Bogotá (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Orbe (Localidad/Comuna)	Cundinamarca (Departamento)	

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
INSTAWIL SAS	NIT	900693542-8	

39. Ubicación				
TV 73 BIS este #7 C 8 Sur (Dirección)	8037792 (Teléfono)	instawil-496@hotmail.com (Correo electrónico)	Bta (Municipio/Distrito)	cundinamarca (Departamento)

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		24/12/2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Sebastian Marino	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

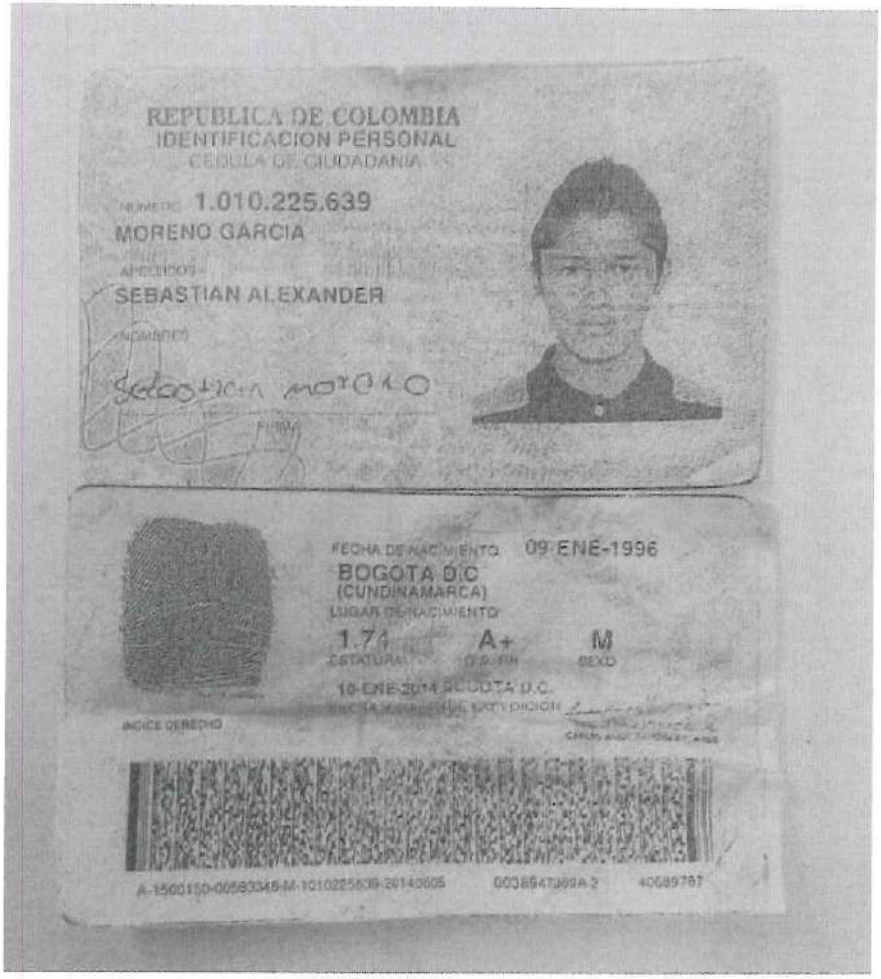
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.225.639
MORENO GARCIA
APELLIDOS
SEBASTIAN ALEXANDER
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-ENE-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

A-1500150-00583345-M-1010225639-20140005 0038547389A 2 40089767

Gmail

Paola Castro <atencionalcolaborador@fuerzactiva.co

:V: SOLICITUD DE AFILIACIÓN.

mensaje

au contributivo <paucontributivo@capitalsalud.gov.co>
ara: "atencionalcolaborador@fuerzactiva.co" <atencionalcolaborador@fuerzactiva.co>

30 de diciembre de 2024, 10

Buen día.

Reciba un cordial saludo por parte de Capital Salud EPS-S;

En atención a la comunicación, en la cual solicita el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de nuestra EPS Capital Salud, debemos informarle que fue procesado el cambio de movilidad al Régimen Contributivo de manera exitosa.

A continuación, relaciono las personas afiliadas:

1 APELLIDO	2 APELLIDO	1 NOMBRE	2 NOMBRE	TIP DOC	N° DOC	NIT EMPLEADOR	FECHA INICIO	TIPO AFIL
MORENO	GARCIA	SEBASTIAN	ALEXANDER	CC	1010225639	900693542	24/12/2024	COTIZANTE

Es preciso indicar que el Artículo 20 de la Ley 962 de 2005 señala: "*Supresión de sellos. En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos cualquiera sea la modalidad o técnica utilizada, en el otorgamiento o trámite de documentos, salvo los que se requieran por motivos de seguridad…*" *(Subrayado propio)*

En cuanto al soporte de radicación, la Ley 527 de 1999 y la Ley 962 de 2005 (Ley anti tramites), establecen que la información diligenciada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MORENO GARCIA SEBASTIAN ALEXANDER	Masculino	28 Años	CC (Tipo)	1010225639 (Número)

Cargo **AUXILIAR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Sebastian Moreno
Nombre: MORENO GARCIA SEBASTIAN ALEXANDER
CC 1010225639

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013860217	2|6|1|2|2|0|2|4

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
DIAZ (Primer apellido)	ROJAS (Segundo apellido)	WILSON (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	79805093	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|2|1|0|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1300000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
TV 13F BIS 47C 08 SUR		3118524622	INSTAWIL-1996@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	SAN CRISTOBAL	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INSTAWIL S A S	NIT	900693542	01

59.Ubicacion				
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 14 E N 65 19 SUR	2855544	INSTAWIL@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4013860217

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2 3 1 2 2 0 2 4		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

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

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación
2 6 1 2 2 0 2 4	2 6 1 2 2 0 2 4

Observaciones

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

escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	17159
10	12	2024	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

INDEPENDIENTE

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

WILSON DIAZ ROJAS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	49	CC	79805093
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Ocupación	PESO	ESTATURA
CONSTRUCTOR	72KG	1.67

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- PARA ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

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 pro pósito, 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.

Aspirante o Trabajador

Firma:

Médico

Firma:

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: N 75.424.952 L.S.O.: SO 12436

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON DIAZ ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79805093,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80878816	BALLESTEROS PULIDO WINCLER OSVALDO	24/12/2024		w1901502	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2024 15:25:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 107.154.191.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ORG TOTAL S.A.S.
1ALTURAS S.A.S.
Nit 901161844-8
Lic. SST No.5162/2018
1alturas.com.co

certifica que:

WINCLER OSVALDO BALLESTEROS PULIDO

Identificado con la Cedula de Ciudadanía **No.: 80878816**

Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
NIT o CC: 901886750-6
Contratante: MARINELA SEGURA TELLEZ
ARL: SURA

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y demás normas complementarias.
Certificación **NTC. 6072** de **2014** No. **CO24.00460** de Bureau Veritas.
Acreditado ONAC **09-CPR-008** Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:
No. COR08SE2018220000000034868

REENTRENAMIENTO TRABAJO EN ALTURAS.

Realizado en Bogotá Con Una Intensidad de 8 Horas.
Del 26 de Dic. al 26 de Dic. de 2024

Por lo cual se le otorga el presente Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (26) días del mes de Diciembre de (2024)

cursodealturas.com.co

Jose Orlando Franco Rodriguez
Lic SST No. 5202/Abril 2018
Representante Legal

Karen Eliana Neira Ballén
Lic SST No. 10455/Julio 2021
Entrenador

122024-13589
CONSECUTIVO

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BALLESTEROS PULIDO WINCLER OSVALDO	Masculino	39 Años	CC (Tipo)	80878816 (Número)

Cargo **TECNICO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

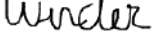
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: 
Nombre: BALLESTEROS PULIDO WINCLER OSVALDO
CC 80878816

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80878816
NOMBRES	WINCLER OSVALDO
APELLIDOS	BALLESTEROS PULIDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/01/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/27/2024 08:11:36	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WINCLER OSVALDO BALLESTEROS PULIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.878.816**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ GONZALEZ ADRIAN JOSE	Masculino	21 Años	CC (Tipo)	1011200199 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: ADRIAN
Nombre: HERNANDEZ GONZALEZ ADRIAN JOSE
CC 1011200199

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1011200199	HRNANDEZ GONZALEZ ADRIAN JOSE	08/01/2025		47131G91	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 14:50:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 08 ENERO 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: HERNANDEZ | SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ | PRIMER NOMBRE: ADRIAN | SEGUNDO NOMBRE: JOSE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1011200199
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | BOGOTÁ D.C. | BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: 04 DICIEMBRE 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: PORVENIR
23. AFP: SURA
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 320351116
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN (RURAL / URBANA): diagonal 69 D sur #18 J 76
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: jhoseharrieta@gmail.com
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: INSTAWIL S A S
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 900693542
TELÉFONO CELULAR: 3118524622
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE
59. Dirección (RURAL / URBANA): Transv 13 F B # 47 - 8 S
atencionalcolaborador@fuerzactiva.co
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [✔]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: HERNANDEZ | SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ | PRIMER NOMBRE: ADRIAN | SEGUNDO NOMBRE: JOSE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1011200199
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 04 DICIEMBRE 2003
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 08 ENERO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:
CE

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____identificado (a) con número _____ de _____, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha de Solicitud: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: BOGOTA
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	Sí	
			$		NO			NO	

Nivel de Escolaridad						
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____	

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
PREASED SAS	N1065		BOGOTA 08 ENERO 2025

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ADRIAN JOSE HERNANDEZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.011.200.199**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ANDERSON STIVEN ZAPATA SALAZAR	Masculino	27 Años	CC (Tipo)	1000801767 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y 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: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

ANDERSON ZAPATA

Firma:
Nombre: ANDERSON ESTIVEN ZAPATA
CC 1000801767

Medellín, 03 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 OPERATIVO			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1000801767	ZAPATA SALAZAR ANDERSON STIVEN	04/01/2025		181249h2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/01/2025 13:36:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000801767
NOMBRES	ANDERSON STIVEN
APELLIDOS	ZAPATA SALAZAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/05/2025 16:16:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDERSON STIVEN ZAPATA SALAZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.801.767**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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	
AVILA SANABRIA JAIRO	Masculino	53 años	CC (Tipo)	4249282 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO



Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: JAIRO AVILA SANABRIA
CC 4249282

Medellín, 03 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C4249282	AVILA SANABRIA JAIRO	04/01/2025		22312081	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/01/2025 14:22:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4249282
NOMBRES	JAIRO
APELLIDOS	AVILA SANABRIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/04/2025 10:13:36	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIRO AVILA SANABRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.249.282**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JOHN FREDY ROMERO PINZON	Masculino	41 Años	CC (Tipo)	80739184 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y 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: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: JOHN ROMERO
Nombre: JOHN FREDY ROMERO PINZON
CC 80739184

Medellín, 03 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

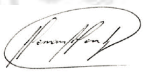
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INSTAWIL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80739184	ROMERO PINZON JOHN FREDY	04/01/2025		23190140	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/01/2025 14:50:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 192.230.104.2, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-01-03

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 80739184	JOHN	FREDY	ROMERO	PINZON	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-01-03

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	Subsidiado	16/03/2024	Activo	CABEZA DE FAMILIA	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-01-03

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2007-04-14	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-01-03

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2013-01-14	Activa	CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2018-11-01	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MAYOR DE MATERIALES DE CONSTRUCCION, FERRETERIA Y VIDRIOINCLUYE SOLAMENTE LA VENTA DE MATERIALES PARA CONSTRUCCIÓN CON AUTOTRANSPORTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2020-08-24	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2023-11-22	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2024-11-29	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2016-04-26	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2024-02-06	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-01-03

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	2011-05-04	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2024-11-29	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2025-01-03

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2025-01-03

No se han reportado pensiones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2025-01-03

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

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

INSTAWIL SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LUIS JAVIER OSUNA NEME	Masculino	58 Años	CC (Tipo)	79378935 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

AUDIOMETRIA	✔	VISIOMETRIA	✔
PERFIL LIPIDICO	✔	GLICEMIA	✔
OSTEOMUSCULAR	✔		

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y 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: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: LUIS OSUNA
Nombre: LUIS JAVIER OSUNA NEME
CC 79378935

Medellín, 03 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79378935	OSUNA NEME LUIS JAVIER	04/01/2025		45227Nv7	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/01/2025 14:20:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79378935
NOMBRES	LUIS JAVIER
APELLIDOS	OSUNA NEME
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." -CM	CONTRIBUTIVO	26/08/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/04/2025 10:38:41	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSUNA NEME LUIS JAVIER** identificado(a) con **CC** número **79.378.935** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025010410193

Medellín, 23 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 OPERATIVOS RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C191962	SANCHEZ PRIETO ALBERTO	24/12/2024		188224E1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2024 10:26:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.192, 198.143.41.37, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 16 12 2024

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Afiliado: X

2. Subtipo: X

3. Tipo de Cotizante: A / B / C / D / E / F / G / H / J / K / L / M / N / P / R / S / T / V / X

4. Tipo de planilla: A / B / C / D / E / F / G / H / J / K / L / M / N / P / R / S / T / V / X

5. Tipo de cotización: X

Código

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

6. Apellidos: sanchez

7. Nombres: Prieto

8. Tipo de documento: CC

9. Número de documento: 191962

10. Sexo: X

11. Fecha de nacimiento: 2 2 0 9 1 9 6 7

12. Fecha de afiliación

13. Fecha de ingreso

14. Fecha de retiro

15. Código de novedad

16. Administradora de pensiones

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

17. Estado civil: 1'300 000

18. Dirección de residencia: Kr 49 # 52 A - 28 este Soacha.

19. Departamento de residencia: Ciudadela Sucre

20. Ciudad de residencia: Cundinamarca.

21. Teléfono

22. Código postal

23. Zona de residencia

24. Actividad económica

25. Ocupación

26. Nivel educativo

27. Salario

28. Tipo de contrato

29. Duración del contrato

30. Email

31. Valor de la UPC adicional

32. Cotiza pensión

33. Valor de la UPC voluntaria

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

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

V. REPORTE DE NOVEDADES

Solo subsidio Gran Plaza.

Alberto Sanchez Prieto CC 191.962
Kr. 49 # 5c A 28 este. Soacha Cundinamarca.

X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Famisanar.

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X

VIII. FIRMAS

Alberto Sanchez P

IX. ANEXOS

Famisanar
DASIGNADO
16 DIC 2024
15306

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Fecha de validación

Fecha de EGRESO

Fecha de retiro

OBSERVACIONES

Firma

Independiente

porvenir

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **ALBERTO SANCHEZ PRIETO**, identificado(á) con Cédula de Ciudadanía **191.962**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR con VINCULACION INICIAL** a partir del 24 de octubre de 2001 con saldo a la fecha de:

Saldo actual de la cuenta

Fondo	Saldo Obligatorio	Saldo Voluntario Afiliado	Saldo Voluntario Empleador	Saldo Total
Pensiones Obligatorias Moderado	$0	$0	$0	$0
Pensiones Obligatorias Conservador	$23,021,601	$0	$0	$23,021,601

Se expide a solicitud del interesado el 16 de diciembre de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐

CERT N°:	42940	**EMPRESA:**	CASTILLO RODRIGUEZ MARIA DEL ROSARIO			
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .					
FECHA	21/12/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
N° DOCUMENTO:	CC 191962	**EDAD**	63	**GENERO**	M	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALBERTO SANCHEZ PRIETO					
TIPO DE CARGO	OFICIAL					

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS

USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

ALBERTO SANCHEZ PRIETO

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐		
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐		

CERT N°:	43039	**EMPRESA:**	CASTILLO RODRIGUEZ MARIA DEL ROSARIO		
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .				
FECHA	07/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS		
N° DOCUMENTO:	CC 98427475	**EDAD**	49	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS JOSE RIASCO GUERRERO				
TIPO DE CARGO	OFICIAL				

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS

USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

CARLOS JOSE RIASCO GUERRERO

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 OPERATIVOS RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C98427475	RIASCO GUERRERO CARLOS JOSE	08/01/2025		41T2278S	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 10:15:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.44, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	98427475
NOMBRES	CARLOS JOSE
APELLIDOS	RIASCO GUERRERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/01/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/03/2025 18:05:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CARLOS JOSE RIASCO GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.427.475**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Certificación Bureau Veritas NTC
Certificado Número: C021.01638

Seguridad industrial aisicol SAS
Profesionales en Salud Ocupacional

Aprobación Ministerio de Trabajo No:
08SE2018220000000023787

ASESORAMIENTO DE IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL S.A.S

NIT: 900621959-7

CERTIFICA QUE :

CARLOS JOSE RIASCO GUERRERO

CC: 98427475 - ARL SURA

APROBÓ CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 - 08 horas

REALIZADO EN BOGOTA D.C, EL DIA 10 DE ABRIL DE 2024

EMITIDO EL 10 DE ABRIL DE 2024, A SOLICITUD DEL TITULAR DEL CERTIFICADO, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 4272 DE 2021

JUAN PABLO VALENCIA SANCHEZ
REPRESENTANTE LEGAL

LUZ MYRIAN GARZON MELO
ENTRENADOR - LICENCIA RENOV. 14120 DE 2024

TA-REEN-24-90

Verificación y autenticidad del certificado WWW.AISICOL.COM.CO, código QR o comuníquese al 3223907239

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐

CERT N°:	43112	**EMPRESA:**	HUGO LUIS HURTADO LOZANO NIT. 19487777-3			
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .					
FECHA	09/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
N° DOCUMENTO:	CC 11812749	**EDAD**	42	**GENERO**	M	
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDUAR HEHILER PINO VALOYES					
TIPO DE CARGO	OFICIAL					

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR
SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS
USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

EDUAR HEHILER PINO VALOYES

ASPIRANTE O TRABAJADOR

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9011737 correspondiente a la empresa Casmart Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
EDUAR HEHILER PINO VALOYES	C.C.	11,812,749	09/01/2025	RIESGO V	6.960	OPERATIVO

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 10 de enero de 2025 a las 11:42:09 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

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

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: PINO	Segundo apellido: VARGAS	Primer nombre: EDWAR	Segundo nombre: HEINER

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11.812.719	Femenino [ ] Masculino [X]	06/02/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización (IBC)
AXA COLPATRIA	PROTECCION	1.432.500

18. Residencia					
Dirección: Calle 38 C Sur # 98 A 10	Teléfono: 3142837383		Correo electrónico: edwpinov@gmail.com		
Municipio: BOGOTA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: BOSA		Departamento: BOGOTA	

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

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS primaria
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
0		
0		
0		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
COLPALI SA	NIT	901604686	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Municipio	Departamento
CL 42 D # 79 C 41 S.	3178281109	BOGOTA	BOGOTA

capitalsalud EPS-S

Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		08/01/2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad autorizada para afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
	CASMART SAS NIT 901604863

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Versión Junio/2019

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINO VALOYES EDUAR HEHILER** identificado(a) con **CC** número **11.812.749** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de marzo de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025010812082

Medellín, 20 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000004 OPERATIVOS RA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C11062207	DE LA OSSA TERAN MILTON ANTONIO	21/12/2024		63122121	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/12/2024 15:20:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.63.24.11, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **MILTON ANTONIO DE LA OSSA TERAN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **11062207** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11062207
NOMBRES Y APELLIDOS	MILTON ANTONIO DE LA OSSA TERAN
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	29/12/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	80
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	5

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **19/12/2024**

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MILTON ANTONIO DE LA OSSA TERAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.062.207**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐

CERT N°:	42941	**EMPRESA:**	MALDONADO CASTILLO MAURICIO			
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .					
FECHA	21/12/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
N° DOCUMENTO:	CC 11062207	**EDAD**	55	**GENERO**	M	
NOMBRES Y APELLIDOS:	MILTON ANTONIO DE LA OSSA TERAN					
TIPO DE CARGO	OFICIAL					

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS

USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

MILTON ANTONIO DE LA OSSA TERAN

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐

CERT N°:	43113	**EMPRESA:**	HUGO LUIS HURTADO LOZANO NIT. 19487777-3			
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .					
FECHA	09/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
N° DOCUMENTO:	PT 7035572	**EDAD**	29	**GENERO**	M	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE LEONARDO GONZALEZ					
TIPO DE CARGO	OFICIAL					

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO
PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR
SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS
USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

JOSE LEONARDO GONZALEZ

ASPIRANTE O TRABAJADOR

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

compensar | eps salud

No. de Radicación: 08017025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Los con asterisco (*) son obligatorios antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación
2. Tipo de Afiliación: A. Individual
3. Régimen: A. Contributivo
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante
5. Calidad de afiliado: 01
6. Novedades: A. Afiliación

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

6. Apellidos y nombres: Gonzalez Jose Eduardo
7. Tipo de documento de identidad: PEP
8. Número de documento de identidad: 7035572
9. Sexo: Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 28 09 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de pensiones: COMPARTA

16. Dirección de residencia: Cll 38C Sur # 98 A 10
17. Teléfono fijo y/o celular: 3125411109
18. Correo electrónico: Josleo60@hotmail.com
19. Municipio de residencia: BOGOTA
20. Zona: Urbana X Rural
21. Departamento: BOGOTA

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino / Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Cantidad: F	N	M	T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional a registrar por la EPS
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cat.		
A		
B		
C		

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

35. Nombre o razón social: CASMART SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 900604696
38. Tipo de aportante a registrar (pensionado o registrar por la EPS): Bogota

VI. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad: | Número de documento de Identidad: | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento: DD 01 MM 2025

42. EPS anterior | 43. Motivo del traslado: Código | 44. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Jose Gonzalez

CASMART SAS
NIT 900604696

IX. ANEXOS

53. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant.
54. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
55. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
56. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
57. Copia del certificado de estudio o acta de entrega del menor.
58. Copia del registro civil de nacimiento.
59. Copia del documento de identidad.
60. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario o afiliado adicional.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres, o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

08 ENE 2025
Cód 657 Maria Alejandra Legal RUE

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9011737.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JOSE LEONARDO GONZALEZ	PT	7,035,572	09/01/2025	RIESGO V	6.960	OPERATIVO

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 8 de enero de 2025 a las 11:55:58 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7035572

COL

GONZALEZ
APELLIDOS

JOSE LEONARDO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

25251092
DNI Nro.

28-07-1995
FECHA DE NACIMIENTO

15-06-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E2016927

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7035572<<3<<<<<<<<<<<<<<<
9507281M3105308VENE2016927<<<5
GONZALEZ<<JOSE<LEONARDO<<<<<<<

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐

CERT N°:	43040	**EMPRESA:**	CASTILLO RODRIGUEZ MARIA DEL ROSARIO			
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .					
FECHA	07/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
N° DOCUMENTO:	PT 1243031	**EDAD**	34	**GENERO**	M	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOAQUIN RAMON DIAZ PANTOJA					
TIPO DE CARGO	AYUDANTE					

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS

USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

JOAQUIN RAMON DIAZ PANTOJA

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 OPERATIVOS RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X1243031	DIAZ PANTOJA JOAQUIN RAMON	08/01/2025		163C2q22	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 10:16:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.20.44, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1243031
NOMBRES	JOAQUIN RAMON
APELLIDOS	DIAZ PANTOJA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	MOSQUERA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/03/2025 18:32:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Vigilado Supersalud

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S

CERTIFICA

Que, el Cotizante JOAQUIN RAMON DIAZ PANTOJA, identificado(a) con PT - 1243031, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Subsidiado de nuestra entidad presenta la siguiente información:

Información del Cotizante:

Nombre:	JOAQUIN RAMON DIAZ PANTOJA		
Tipo Identificación:	PT	Estado Actual:	Afiliado Activo
Número Identificación:	1243031	Causal Estado:	
Fecha de Radicación:	2023/01/01	Fecha Retiro:	
IPS Primaria	MEDICINA INTEGRAL DEL CARIBE SAS		
IPS Odontológica	MEDICINA INTEGRAL DEL CARIBE SAS		

Información Relación Laboral:

Documento Aportante	Razón Social Aportante		Fecha Inicio	Fecha Fin
900977113	4 PAJAROS S.A.S.	No Vigente	2023/01/01	2023/04/21

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

En constancia se firma y expide en la ciudad de Barranquilla (Atlantico) a los 08 días del mes de Octubre de 2024, a solicitud del interesado.

Atentamente,

Juan Fernando Rueda Beltrán
Líder de Aseguramiento
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S
(Usuario:camilo.ricardo - Ubicación:Sincelejo - Sucre)

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **JOAQUIN RAMON DIAZ PANTOJA**, identificado(a) con Permiso de Proteccion Temporal **1.243.031**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR con VINCULACION INICIAL** desde el 13 de abril de 2024.

La presente certificación se expide el 24 de diciembre de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 2346/2007 MPS

Validación: www.eximedica.info

TEL: 3174375676 EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

Tipo de certificacion:

Ingreso	☒	Retiro	☐	Espacios confinados	☐
Periodico	☐	Trabajo en alturas	☒	Post incapacidad	☐

CERT N°:	43114	**EMPRESA:**	HUGO LUIS HURTADO LOZANO NIT. 19487777-3			
CIUDAD:	BOGOTA D.C. - IPS EXIMEDICA CENTRO MEDICO LABORAL .					
FECHA	09/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PREOCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS			
N° DOCUMENTO:	CC 1124513333	**EDAD**	39	**GENERO**	M	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROBERTO RAFAEL PALACIOS GONZALEZ					
TIPO DE CARGO	OFICIAL					

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - VISIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS

USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado , a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento . Comprendo el propósito , los beneficios , la interpretación , limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado . Certifico que la información que he suministrado es verdadera , completa y acepto el manejo de confidencialidad que Eximedica centro medico laboral. dé a la misma , autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos . (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

PROFESIONAL: **DRA TATIANA PRADA GALVAN ESP. SO 19212**

ROBERTO RAFAEL PALACIOS GONZALEZ

ASPIRANTE O TRABAJADOR

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9011737.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ROBERTO RAFAEL PALACIOS GONZALEZ	C.C.	1,124,513,333	09/01/2025	RIESGO V	6.960	OPERATIVO

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 8 de enero de 2025 a las 11:53:54 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Bogota 09.01.2025

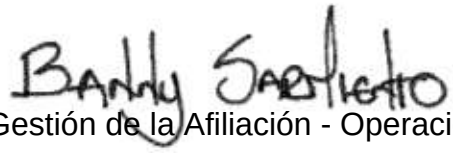
Señores,
CASMART SAS - NI 901604686
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2025-01-08 con numero de radicado 6172898 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROBERTO RAFAEL PALACIOS GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.513.333**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 49 No.91-98
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 79829872

Fecha: 20-diciembre-2024 12:10 pm
Impresión: 20-diciembre-2024 12:15 pm



Paciente: **NEMEGUEN MORA WILLIAN FERNANDO**
Doc.Iden.: **CC79829872** Edad: 48 Años Sexo: M
Entidad: **SOLUCIONES FUERZACTIVA S.A.S.**
Act. Economic: N/D
Empresa: CONSORCIO OBRAS GT
Dirección: N/D
Adm. Salud: COMPENSAR E.P.S.
Admin.Riesgos SEGUROS BOLIVAR S.A.
Estrato: 2
Cargo: AUXILIAR SISO
Teléfono: 3118184440 Estado civil: UNION LIBRE
Admin.Pension COLFONDOS

Tipo Evaluación: PREOCUPACIONAL

Se certifica que NEMEGUEN MORA WILLIAN FERNANDO identificado con documento de identidad CC 79829872 fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto para desempeñar el cargo de AUXILIAR SISO :

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NEGATIVO

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
Ninguna

Medico(a): DIAZ MARTINEZ BRIGITTE
Registro médico: 70413
Licencia en Salud Ocupacional: Res. 4711 30-ABR-2019

NEMEGUEN MORA WILLIAN FERNANDO
CC79829872

Medellín, 20 de December de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0005433001 CONSORCIO S.I.S		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79829872	NEMEGUEN MORA WILLIAN FERNANDO	23/12/2024		32132382	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/12/2024 12:26:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.145.24.70, 107.154.191.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 23/12/2024

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 01

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

6. Apellidos y nombres: Nemeguen | Hora | William | Fernando
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 79829872
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 19/06/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: COLFONDOS
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.800.000
18. Residencia: Cll 59 # 79 -16
Teléfono: 3118184443
Correo electrónico: wnemeguen@gmail.com
Municipio: Bogotá
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Departamento: Galan
Localidad: cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1158
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: Consorcio Obras GT
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901886750-6
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cll 99 # 49-38
Email: afiliaciones@ercactiva.co
Municipio: Bta
Localidad: cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha: 23/12/2024
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

William Fernando Nemeguen

Firma del cotizante o cabeza de familia / Huella del cotizante o cabeza de familia

IX. ANEXOS

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

03 DIC 2024
Cód-671 Sandra Liliana Rincón R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte Enero

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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

compensar | eps salud

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

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

Firma del afiliado: William Fernando Dimeguen

No. Identificación: 79829872

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

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

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

23 DIC 2024
Cód-671 Sandra Liliana Rincón R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: William Fernando Dimeguen **No. Identificación:** 79829872

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILLIAN FERNANDO NEMEGUEN MORA identificado(a) con C.C No. 79.829.872, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de diciembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 8 ENERO 2024 Hora: 8:00 am

Lugar: Engativa.

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Levantamiento de Cargas.

Temas tratados: Adecuado levantamiento de cargas a nivel y desde el piso, Importacia de planificar la tarea.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jhoan Sebastian	1000774521	Vinilo	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Catherine Chisacá	Empresa: Consorcio obra GT
Cargo: Residente sstma	Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 9 Enero 2025 **Hora:** 7:30

Lugar: Engativa

Tipo de actividad: Charla___ Capacitación_X_ Inducción___ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Manejo adecuado de RCD. - Residuos Solidos

Temas tratados: Acopio, retiro y disposición final de RCD, separación en la fuente, Residuos Solidos Convencionales, punto ecológico.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jhoan Sebastián	1000774521	Aliudante	
2	William Duarte R	1098657052	Ingeniero	William Duarte R
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Catherine Chisacá	**Empresa:** Consorcio obras GT
Cargo: Residente SSTMA	**Firma:**

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 8:11-Enero 2025 **Hora:** 8:11

Lugar: Engativa.

Tipo de actividad: Charla___ Capacitación X Inducción___ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Presentación lineamientos ambientales SIS

Temas tratados: Programas Ambientales SIS residuos ahorro de agua, energía, manejo RCD.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jhon Sebastian	1000724521	Auxiliar	
2	William Duarte R	1098659052	Ingeniero	William Duarte R
3	Jessica Machon	1058038536	Residente Obra	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Catherine Chisaca	**Empresa:** Consorcio obras GT
Cargo: Residente SST-MA	**Firma:**

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 3 ENERO 2024 Hora: 7:30

Lugar: Engativa

Tipo de actividad: Charla___ Capacitación_X_ Inducción___ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Presentación lineamientos Ambientales SIS.

Temas tratados: Programas ambientales de la SIS residuos ahorro Agua, energia, manejo RCD.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jose R. Barbosa	79597144	Electricos	
2	Adriana Castellanos	1019119279	Tasp. técnico	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Catherine Chisaca	Empresa: Consorcio obras GT
Cargo: Residente SSTMA.	Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 02-01-25 Hora: 7 Am

Lugar: Oso de anteojos

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ____ Inducción ____ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso y armado de andamio.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Adrian Felipe Jimenez	1025980248	Instalador	
2	Jhon Sebastian	1000774521	instalador	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador:	Andrea Mor	Empresa:	Conservo GT
Cargo:	SST	Firma:	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 03-01-25 **Hora:** 7Am

Lugar: Uso de anteojos

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación____ Inducción____ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso adecuado de equipo de Alturas Arnés

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	SNEIDER CUBILLOS	1000348247	INTALADOR	SNEIDER C.
2	WILSON DIAZ R	79805093	Pintor	
3	Arles Feliciano	1022960348	Instalador	
4	JHON REBASTO	1000774521	INSTALADOR	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora **Empresa:** Consorcio GT

Cargo: SST **Firma:**

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 04-03 2025 Hora: 7 Am

Lugar: Cas de antojos.

Tipo de actividad: Charla____ Capacitación____ Inducción____ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Masman.

Temas tratados: Uso adecuado de Epp.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	SNEIDER CUBILLOS	1000348247	INTALADOR	SNEIDER C.
2	Andres Felipe	1023960348	INTALADOR	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Nova Empresa: Construcciones GT.

Cargo: SST Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 04-01-2024 **Hora:** 9: Am

Lugar: Centro Crecer.

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso de Elementos de Seguridad.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Wincler O. Ballesteros	80 878 816	Instalador	
2	Josè A. Barbosa	79597144	Electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora **Empresa:** Consorcio GT.

Cargo: SST **Firma:**

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 07-01-25 Hora: 2:00 Pm

Lugar: Sabana Grande

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso adecuado de EPP.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jhon Freddy Romero	80739184	Pintor y acabados	Jhon Romero
2	Lucia Ospina	79378935	Oficial	Lucia
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora

Empresa: Consorcio GT.

Cargo: SST

Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 09 - 01 - 25 Hora: 1 Pm

Lugar: Centro Creger

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados:

Clases de Contaminación

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Winder O. Ballesteros	80.878.816	Instalador	
2	Winder O. Ballesteros	80.878.816	Instalador	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora	Empresa: Consorcio GT
Cargo: SST	Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.586.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 03 - 01 - 25 Hora: 7 15 Am

Lugar: Eso de entregas

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad:

Temas tratados:

Pentes Ecologicos.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Steiver Cubillos	1000348247	INSTALADOR	Steiver C.
2	Freddy cubillos	1023911526	Ayudante	Freddy
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea More

Cargo: SST

Empresa: Consorcio GT

Firma: Andrea

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 10-01-24 Hora: 7 Am

Lugar: Uso de antejos

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Charla.

Temas tratados: Uso de Equipos de Alturas "arnés"

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Freddy cabillos	1023911526	Ayudante	Freddy
2	Sneider Cabillos	1000348247	INSTALADOR	Sneider.
3	Winder O. Bolaños	80878816	Instalador.	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Flores Empresa: Consocvo GT

Cargo: SST Firma:

Nombre Capacitador: Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 07 - 01 - 25 Hora: 2:00 Pm

Lugar: Sabana Grande

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso adecuado de EPP.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jhon Freddy Romero	80739184	Pintor y Acabados	Jhon Romero
2	Jacia Ochoa	79378935	Oficial	Jacia
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora

Cargo: SST

Empresa: Consorcio GT.

Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 07-01-2024 Hora: 7:00mm

Lugar: Oso de anteojos

Tipo de actividad: Charla___ Capacitación ✓ Inducción___ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Capacitacion

Temas tratados: Plan institucional de Gestion Ambiental

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Javier Osuna	79378935	OFICIAL	
2	Jairo Avila	4249282	OFICIAL ELECTRICO	
3	Carol Forero Gonzalez	1026289001	Residente de Obra	
4	Freddy cubillos	1023911526	Ayudante	
5	Wilmer Fuentes	1073968408	OFICIAL	
6	Hon Romero	80739184	PINTOR	
7	Andres Felipe	1023960348	Pintor	
8	SNEIDER CUBILLOS	1000348247	INTALADOR	
9	Wilson Ruiz	79805093	Pintor	
10	IOAN Sebastian	1000774521	Pintor	
11	STIVEN TAPIA	1000801707	AYUDANTE	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora Empresa: Consorcio GT

Cargo: SST Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.586.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 03 - 01 - 25 Hora: 7 15 Am

Lugar: Eso de entregas

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad:

Temas tratados:

Pentes Ecologicos.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Steiver Cubillos	1000348247	INSTALADOR	Steiver C.
2	Freddy cubillos	1023911526	Ayudante	Freddy
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea More

Cargo: SST

Empresa: Consorcio GT

Firma: Andrea

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 10-01-24 Hora: 7 Am

Lugar: Uso de antejos

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Charla.

Temas tratados: Uso de Equipos de Alturas "arnés"

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Freddy cabillos	1023911526	Ayudante	Freddy
2	Sneider Cabillos	1000348247	INSTALADOR	Sneider.
3	Winder O. Bolaños	80878816	Instalador.	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Flores Empresa: Consocvo GT

Cargo: SST Firma:

Nombre Capacitador: Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 07 - 01 - 25 Hora: 2:00 Pm

Lugar: Sabana Grande

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso adecuado de EPP.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Jhon Freddy Romero	80739184	Pintor y Acabados	Jhon Romero
2	Jacia Ochoa	79378935	Oficial	Jacia
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora

Cargo: SST

Empresa: Consorcio GT.

Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 07-01-2024 Hora: 7:00mm

Lugar: Oso de anteojos

Tipo de actividad: Charla___ Capacitación ✓ Inducción___ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Capacitacion

Temas tratados: Plan institucional de Gestion Ambiental

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Javier Osuna	79378935	OFICIAL	
2	Jairo Avila	4249282	OFICIAL ELECTRICO	
3	Carol Forero Gonzalez	1026289001	Residente de Obra	
4	Freddy cubillos	1023911526	Ayudante	
5	Wilmer Fuentes	1073968408	OFICIAL	
6	Hon Romero	80739184	PINTOR	
7	Andres Felipe	1023960348	Pintor	
8	SNEIDER CUBILLOS	1000348247	INTALADOR	
9	Wilson Ruiz	79805093	Pintor	
10	IOAN Sebastian	1000774521	Pintor	
11	STIVEN TAPIA	1000801707	AYUDANTE	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora Empresa: Consorcio GT

Cargo: SST Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 16-12-24 **Hora:** 7 Am

Lugar: Cede Ojas de ambajes.

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados: Uso de Epp. Adecuado

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Winder O. Balkesteros.	80.878.816.	Instalador	
2	SNEIDER CUBILLOS	1000348247	INSTALADOR	SNEIDER C.
3	[illegible]	1010225839	Instalador	
4	And. Stelze) 362	1023960348	Instalador	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora **Empresa:** GT

Cargo: Ing SST **Firma:**

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 27 - 12 - 24 **Hora:** 7 Am.

Lugar: Osa de Antioquia

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación___ Inducción___ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad:

Temas tratados:

Respeto.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Winder O. Ballesteros	80 878 816	Instalador	
2	SNEIDER GIRALDOS	1000348247	INSTALADOR	SNEIDER C.
3	Andrés Felipe Jime.	1023960348	Instalador	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora **Empresa:** GT.

Cargo: Dra SST. **Firma:**

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 30 - 12 - 2024. **Hora:** 7 Am.

Lugar: Cede Ojos de antegos.

Tipo de actividad: Charla ✓ Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad: charla diaria

Temas tratados: Trabajo en alturas

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Winder. O Ballesteros	80 878 816	Instalador	
2	SNEIDER CURILLOS	1000348247	INSTALADOR	SNEIDER C.
3	Andrés felipe Linares	1023960348	INSTALADOR	
4	sebastian ~	1010223679	ayudador	sebastian
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora **Empresa:** Obras GT.

Cargo: SST **Firma:** Andrea

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 10-01-25 **Hora:** 07:00 am

Lugar: Coracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Notificación de riesgos

Temas tratados: Se le notifica al personal los riesgos a los cuales esta expuesto en la actividad. que va a desarrollar

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	Oficial	Alberto Sanchez
2	Carlos Riascos	98427475	Oficial	
3	Joaquin Diaz	1243031	Oficial	Joaquin Diaz
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: William Nemeguen	**Empresa:**
Cargo: Insp SST	**Firma:**

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 09-01-25 **Hora:** 07:00 am

Lugar: Coacol. Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otra Cual? ___

Nombre de la actividad: Conocimiento fichas de seguridad

Temas tratados: Como identificar las fichas de seguridad
Partes de las fichas de seguridad
Que es una ficha de seguridad

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	Oficial	Alberto Sanchez
2	Carlos Rios Cos	98427425	oficial	
3	Joaquin Diaz	R43031	Oficial	Joaquin Díaz
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: William Nemeguen	**Empresa:**
Cargo: INSP SST	**Firma:**

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 08-01-25 Hora: 07:00 am.

Lugar: Caracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad: Acopio adecuado de materia l Peligroso

Temas tratados: Forma adecuada de acopiar materia l peligroso
Identificación de materiales peligrosos.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	Oficial	Alberto Sanchez
2	Carlos Rioscos	98427475	oficial	
3	Joaquin Diaz.	1243031	oficial	Joaquin Díaz.
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador:	William Nonegven	Empresa:	
Cargo:	Inspector SST	Firma:	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 07-01-25 Hora: 09:00 am

Lugar: Caracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla___ Capacitación X Inducción___ Reinducción___ Otro Cual? _____

Nombre de la actividad: Capacitación Lineamientos Ambientales

Temas tratados: Política ambiental SDIS. Gestión Integral de residuos
Implementación de practicas sostenibles
Progroma ahorro y uso eficiente del agua
Progroma de ahorro y buen uso de energia.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	oficial	
2	Daniel Talero	1030634359	Inspector obra	
3	Sharon Chaparro	1030628001	Residente	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitader:	William Nemeguen	Empresa:	
Cargo:	Inspector SST	Firma:	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 26-12-24 Hora: 07:00 am

Lugar: Tintalito - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro: Cual? ___

Nombre de la actividad: Uso adecuado de EPP's. - Induccion Ingreso

Temas tratados: Manera adecuada de utilizar los elementos de proteccion personal.

Uso obligatorio de los EPP's por actividad.

Induccion para ingreso a laborar

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	oficial	
2	Milton de la Ossa	11062207	oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador:	William Nemeguen	Empresa:	
Cargo:	Inspector SST	Firma:	

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 27-12-24 Hora: 07:00 am

Lugar: Tintalito Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad: Trabajo en equipo

Temas tratados: - Integración para realizar las actividades en equipo
- Realizar los trabajos en equipo garantiza calidad.

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	oficial	
2	Milton de la ossa	11062207	oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: William Nemeguen Empresa:

Cargo: Insp. SST Firma:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 28-12-24 Hora: 07:00am

Lugar: Tintalito, Colondaima Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro: Cual? ___

Nombre de la actividad: Conocimiento normas de trabajo

Temas tratados: Se especifico las diferentes normas internas para realizar las actividades

Horario laboral en el proyecto

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	Oficial	
2	Milton de la cosa	1106220 7	Oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador:	William Nemequen.	Empresa:	
Cargo:	Insp SST	Firma:	

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 30-12-24 **Hora:** 07:00 am.

Lugar: Caracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro:Cual? ___

Nombre de la actividad: Uso adecuado de herramienta y equipos electricos

Temas tratados: Manera adecuada de utilizar la heiramienta menor

Manera adecuado de manejo de herramientas electricas

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sonchez	191962	Oficial	
2	Milton de la Ossa	11062207	Oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Willam Nemeguen **Empresa:**

Cargo: Insp. SST **Firma:**

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 31-12-24 Hora: 07:00 am.

Lugar: Coracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro Cual? _____

Nombre de la actividad: Conocimiento del Punto Ecologico

Temas tratados: Realizar la separación adecuada de los residuos. Conocer el codigo de colores para realizar una buena separación de residuos

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	Oficial	
2	Milton de la Ossa	11062207		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: William Nemeguen.	Empresa:
Cargo: Insp. SST	Firma:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 02-04-25 Hora: 07:00 a.m.

Lugar: Caracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación ___ Inducción ___ Reinducción ___ Otro: Cual? ___

Nombre de la actividad: Uso adecuado de productos quimicos

Temas tratados: Manera adecuado de utilizar los productos quimicos.

Conocimiento de las caracteristicas de los productos quimicos, Hojas de seguridad

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	19962	oficial	
2	Milton de la Cossa	11062207	oficial	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador:	Empresa:
Cargo:	Firma:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 03-04-25 Hora: 07:00 am

Lugar: Caracol - Kennedy

Tipo de actividad: Charla X Capacitación___ Inducción___ Reinducción___ Otro: Cual? _____

Nombre de la actividad: Que es el Reglamento Interno de trabajo

Temas tratados: Conocimiento de los directrices que contemplan el reglamento interno de trabajo.
Derechos y deberes del empleador y del empleado

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	Alberto Sanchez	191962	oficia	Alberto
2	Milton de la Ossa	11062207	oficia	Milton de la Ossa
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador:	Empresa:
Cargo:	Firma:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE

Datos Generales	Responsable:
FECHA: 7-01-2025	NOMBRE DEL TRABAJADOR: ANDERSON STVEN Zapata
CARGO: Ayudante	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: CEDE FONTIBON

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(1)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(2)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(4)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO INFRAESTRUCTURA SED?		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

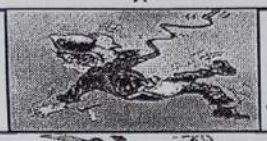
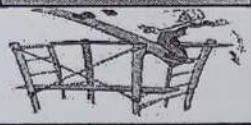
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

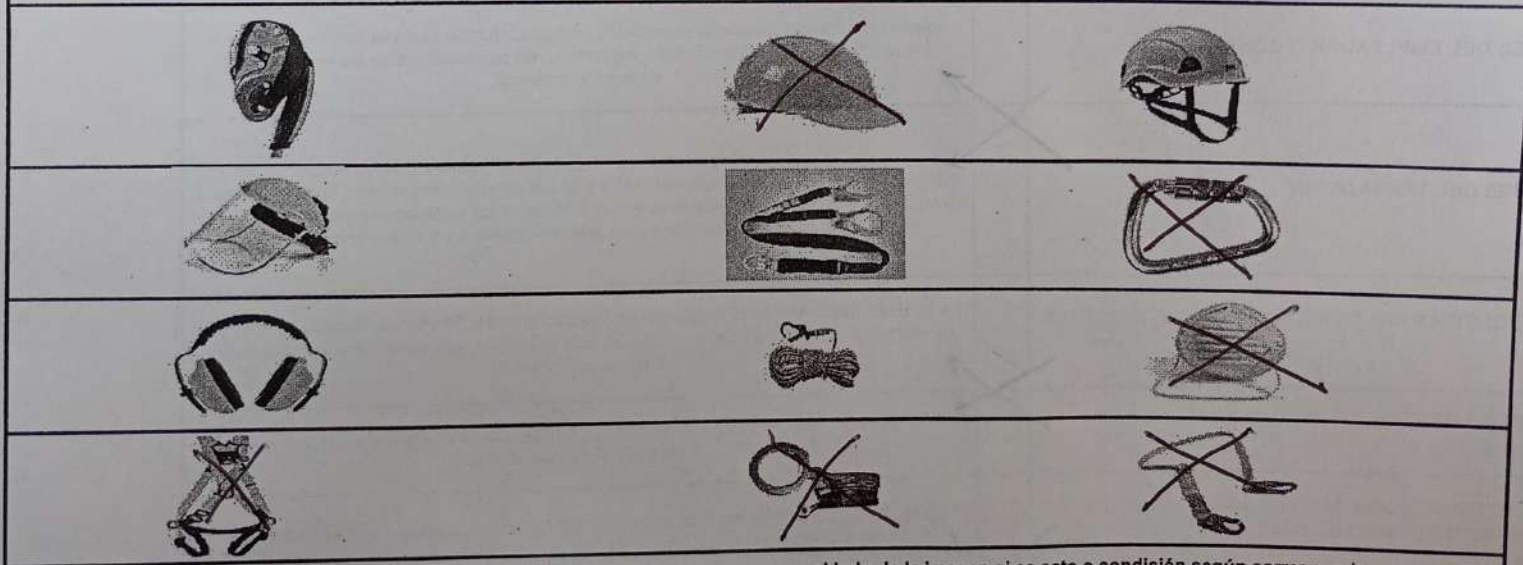
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Acto Inseguro


Condicion Insegura


acto Inseguro

Condicion Insegura





acto Inseguro


acto Inseguro


condicion Insegura



ACTO INSEGURO

acta Inseguro

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Stiven .Z

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
SITE DE OBRA: Sede Fontibon	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ	Fecha Publicación

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA: 7-01-2025 | CONTRATISTA: WILSON DIAZ

CARGO: Ayudante

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	X	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos		BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
	Bacterias	X		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia			Fibras			Esfuerzo	X		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria	X		Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo			**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	X
	Toxinas	X		**Temperaturas extremas** (calor y frío)			Gases y vapores	X		Manipulación de cargas	X		**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Parásitos	X		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos						**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
	Picaduras	X		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado							
	Mordeduras	X		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)										
	Fluidos	X												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)		FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)			**Terremoto**	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)			**Vendabal**	
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)			**Inundación**	
	Accidentes de tránsito			**Derrumbe**	
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)			**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	
	Trabajo en alturas	X			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo	✓						
c. Permisos de Trabajo	✓						
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)	✓						
e. Señalización	✓						
f. Cumplimiento de normas	✓						
g. Otros	✓						

NOMBRE COLABORADOR	ANDERSON ZAPATA
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andres
FIRMA	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	ANDERSON ZAPATA	Numero Cédula	1000807767	Teléfono	3204633072
Cargo	Ayudante	RH O+	Dirección	Tv 13 ESTE #147 B75 SUR	localidad San Cristobal
Correo Electrónico	ANDERSONZAPATA2000@		Fecha ingreso		7-01-2025
Persona de contacto	Paula Salazar		Teléfono		317 570 8098

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
X 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
X Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

Jamisapar

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X SI
___ Semanal
___ Quincenal
X Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
X SI
CUAL : Fútbol
Horas semanales: _____

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.886.750-6

NOTIFICACION DE RESPONSABILIDES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogota , MES 01 DIA 07 AÑO 2025
Señor colaborador(a) STIVEN ZAPATA CC. 1000801767

Asunto: ***RESPONSABILIDADES ANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TRABAJADORES*** **CON PERSONAL A CARGO**

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019. Informamos sus responsabilidades, las cuales son de obligatorio cumplimiento en Seguridad y Salud en el trabajo.

- ■ Conocer entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- □ Procurar el cuidado integral de su salud.
- □ Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
- □ Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo y reglamentos propios de la empresa.
- □ Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
- □ Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato o responsable de SST de la empresa.
- □ Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
- □ Asistir y participar activamente en el programa de inducción y en los cursos de entrenamiento.
- □ Mantener y usar los elementos de protección personal requeridos para sus actividades.
- □ Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.
- □ Aplicar normas y políticas para asegurar un sitio de trabajo libre de tabaco, alcohol y drogas.
- □ Conocer y aplicar el procedimiento de emergencias del sitio de trabajo, incluidas alarmas, sistemas de protección, sistemas de emergencia y comunicaciones.
- □ Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definidas en el plan de capacitación.
- □ Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.
- □ Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- □ Asegurar el cumplimiento de las políticas SST.
- □ Participar en la investigación de accidentes del personal que está a su cargo.
- □ Realizar seguimiento a los correctivos sugeridos para evitar la reaparición de incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras.
- □ Cumplir y garantizar el cumplimiento de las normas y procedimientos de trabajo seguro.
- □ Motivar y fomentar la práctica de métodos seguros de trabajo.
- □ Participar activamente en tareas de inducción y capacitación permanente de los empleados.
- □ Facilitar y estimular la asistencia de los trabajadores a las reuniones de capacitación.
- □ Velar porque todos los accidentes e incidentes sean reportados, registrados e investigados en forma

En caso de pertenecer a los Comités de la empresa deberá cumplir con las debidas responsabilidades mencionadas a continuación:

COPASST

- □ Proponer a la Gerencia, la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo seguros y saludables.
- □ Proponer y participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo dirigidas a trabajadores, mandos medios y directivos de la empresa.
- □ Colaborar con los funcionarios de entidades gubernamentales de seguridad y salud en el trabajo en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes.
- □ Hacer seguimiento del plan de acción dentro de las visitas que éste programe en cada una de las obras y de la oficina principal.
- □ Colaborar en el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial realizadas de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes; además, promover su divulgación y observancia.
- □ Realizar la investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia. Hacer seguimiento a los planes de acción definidos para que no vuelva a ocurrir.
- □ Definir un plan de visitas periódicas a los lugares de trabajo, inspeccionando los ambientes, máquinas, equipos y las operaciones realizadas por los trabajadores en cada área u obra que desarrolle la
- □ Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores, en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.
- □ Servir como organismo de coordinación entre la Gerencia y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la seguridad y salud en el trabajo.
- □ Analizar periódicamente los informes sobre accidentalidad, ausentismo y enfermedades profesionales con el fin de revisar y redefinir los planes de acción acordes con la problemática.
- □ Elegir al secretario del Comité.
- □ Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen.
- □ Las demás funciones que le señalen las normas sobre la seguridad y salud en el trabajo.
- □ Supervisar que los trabajadores de la empresa aseguren el cumplimiento de los protocolos de.

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

- Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
- Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la empresa.
- Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
- Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
- Formular un plan de mejora concertado entre las partes, para construir, renovar y promover la convivencia laboral, garantizando en todos los casos el principio de la confidencialidad.
- Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por las partes involucradas en la queja, verificando su cumplimiento de acuerdo con lo pactado.
- En aquellos casos en que no se llegue a un acuerdo entre las partes, no se cumplan las recomendaciones formuladas o la conducta persista, el Comité de Convivencia Laboral, deberá remitir la queja a la alta dirección de la empresa, el cual se encargara de cerrar el caso.
- Presentar a la alta dirección de la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral, así como el informe anual de resultados de la gestión del comité de convivencia laboral y los informes requeridos por los organismos de control.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones dadas por el Comité de Convivencia a las dependencias de Representante SST de la empresa.
- Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones, los cuales serán presentados a la alta dirección de la empresa.

BRIGADA DE EMERGENCIA

- Asegurar en todo momento la seguridad del personal de la empresa.
- Realizar entrenamientos continuos y realizar simulacros de manera periódica de lucha contra incendios, salvamento de bienes y personal, evacuación, rescate y actividades de primeros auxilios.
- Se debe diseñar e implementar métodos de control efectivo y actuación para saber cómo proceder en caso de emergencia.
- Implementar equipos de alarma como sirenas o establecer códigos de alarma y hacerlos conocer a todo el personal de la organización.
- Se debe llevar un control periódico sobre el estado de los sistemas y equipos de protección contra incendios.
- Se debe estar preparado para reaccionar inmediatamente ante cualquier imprevisto, contingencia o presencia de un peligro inminente.
- Tomar el control de las actividades en caso de emergencia, dirigiendo evacuación de personas y salvamento de bienes de valor de la organización.
- Asegurarse de que se cumplan las normas establecidas orientadas a seguridad y salud en el trabajo.
- Se debe tener un directorio actualizado de las entidades especializadas de apoyo externo, como hospitales, bomberos, cruz roja, defensa civil y otros organismos, que finalmente darán la atención final a los afectados de una emergencia.
- Verificar periódicamente el funcionamiento óptimo de la señal de alarma para que todos los trabajadores evacuen de inmediato, asegurándose en caso se trate de una sirena de que esta sea escuchada por absolutamente todo el personal.
- Asistir al profesional de seguridad y salud en el trabajo en la documentación que requiera.

Certifico que he leído y he sido notificado y acepto cumplir las responsabilidades anteriormente señaladas. Entiendo que contribuyen al cumplimiento de la normatividad vigente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente.

RECIBI:
Nombre: ANDERSON STIVEN ZAPATA SOLAZAR
Cargo: AYUDANTE
Firma: Stiven Zapata

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.730-6 CONTRATO No. 9176-2024 BOGOTÁ	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS**	Fecha de emisión: 21/06/2022 Versión: 01
	Código: F-SST-010	Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS:

Señores

CONSORCIO OBRAS GT

El suscrito ANDERSON STIVEN ZAPATA.S identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Que es de mi conocimiento que **CONSORCIO OBRAS GT,** ha implementado una política de prevención, para el control y seguimiento del consumo de drogas y alcohol al interior de la empresa, la cual busca el mejoramiento de la calidad de vida personal y laboral de los empleados, sus familias y la compañía en general.
2. Que la citada política está integrada por diversos programas, entre los cuales se encuentra el de control, prevención y seguimiento del consumo de Tabaco, alcohol y drogas dentro de la compañía.
3. Que conforme a las jornadas de capacitación y demás campañas educativas y de familiarización realizadas por **CONSORCIO OBRAS GT,** comprendo que el citado programa tiene como objeto el mejoramiento del bienestar y seguridad personal, familiar y empresarial.
4. Que conforme a las jornadas de capacitación y demás campañas educativas y de familiarización realizadas por **CONSORCIO OBRAS GT**, entiendo y consiento las reglas y efectos de la política de alcohol, tabaquismo y drogas, así como también los programas que la componen.
5. Que entiendo y consiento que para la ejecución de la política mencionada y de los programas que la componen, **CONSORCIO OBRAS GT,** deberá en algunos casos, practicar las pruebas de alcohol, y drogas que ella juzgue conveniente.
6. Que, en aras de buscar y realizar los objetivos señalados, me comprometo, a facilitar las muestras que **CONSORCIO OBRAS GT** indique, cuando ella lo requiera o se haga necesario su análisis y en las instalaciones que ella designe.
7. Que entiendo y consiento que **CONSORCIO OBRAS GT**, deba compartir los resultados de mis pruebas con las personas legitimadas para conocerlos y que estime necesario.

Se suscribe en BOGOTA a los 07 días del mes DE ENERO de 2025

Cordialmente,

STIVEN ZAPATA

C.C 1000801767

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE | Responsable: Andrea Mar

Datos Generales

FECHA: 27/12-2024 | NOMBRE DEL TRABAJADOR: Andres Felipe Jimenez Sarta

CARGO: Ayudante | CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: C.D Fatiban

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN: X | RE-INDUCCIÓN:

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m. X
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO INFRAESTRUCTURA SED?		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

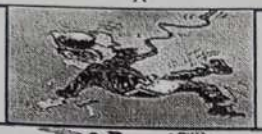
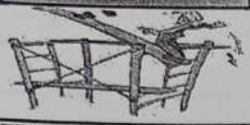
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

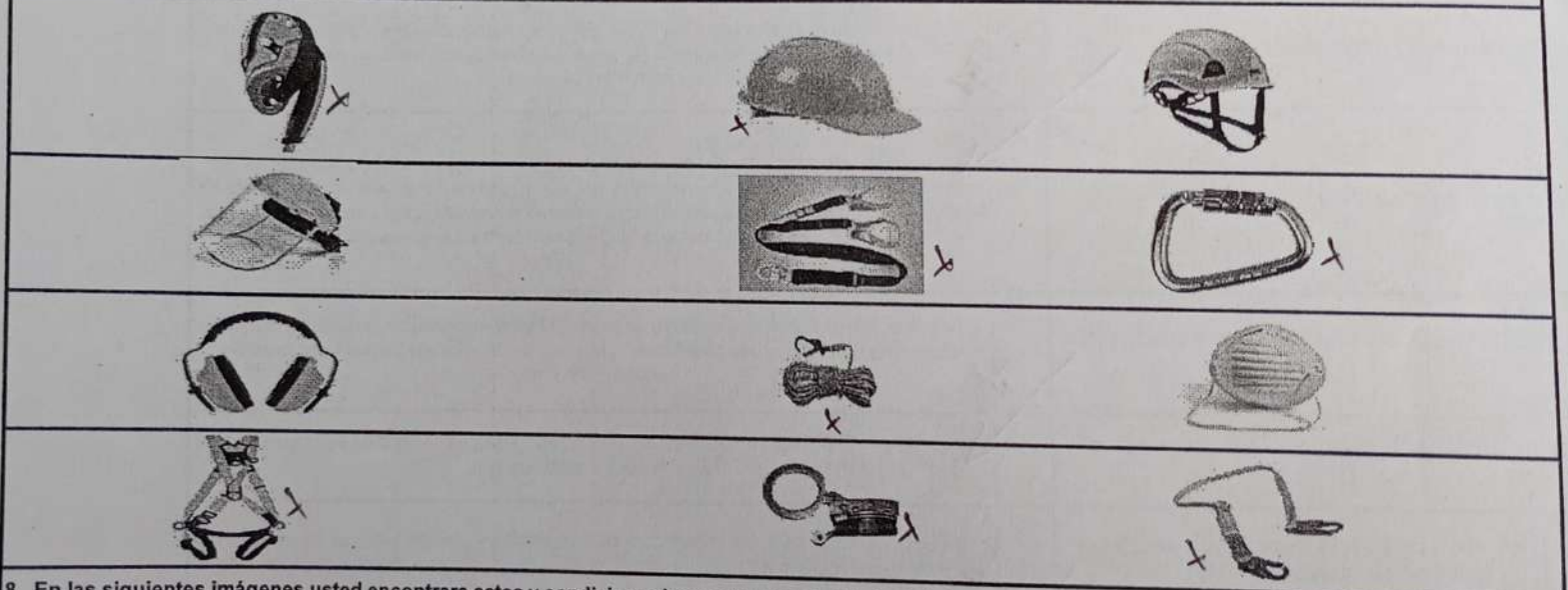
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Acto


Condicion


Acto



Condicion



Acto


condicion


Condicion



ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.888.750-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
TE DE OBRA : Foaliban	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: Andrea Ibarra	Fecha Publicación:

ivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA	27.12.2024	CONTRATISTA	

ARGO: Ayudante

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

	Virus	X	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo		QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	X	BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X
	Bacterias	X		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia			Fibras			Esfuerzo			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	X
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo	X			
	Riketsias	X		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	X		Gases y vapores			Manipulación de cargas	X		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	X
	Parásitos	X		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos						**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	X
	Picaduras	X		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	X					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	X
	Mordeduras	X		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)										
	Fluidos	X												

Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	X	FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	
Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	X		**Terremoto**	
Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	X		**Vendabal**	
Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	X		**Inundación**	
Accidentes de tránsito			**Derrumbe**	
Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)			**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	
Trabajo en alturas	X			
Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros	✓
b. Procedimientos Seguros de Trabajo								✓
c. Permisos de Trabajo								✓
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)								✓
e. Señalización								✓
f. Cumplimiento de normas								✓
g. Otros								✓

NOMBRE COLABORADOR	Andres Felipe Torres
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Ibarra
FIRMA	

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE COMPLETO	Andres felipe Jimenez Santana
Objeto Contractual	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	6 de Mayo 1997

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
x. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
x. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
x. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
x. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
x. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
x. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
x Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
x. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
x Más 5 años

10. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
x. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
x. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
x Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
x. SI
CUAL: Futbol
Horas semanales: Fin de semana

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.806.750-6

NOTIFICACION DE RESPONSABILIDES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogota , MES 12 DIA 27 AÑO 24
Señor colaborador(a) Andres Felipe Jaimes CC. 1023960348

Asunto: ***RESPONSABILIDADES ANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TRABAJADORES*** **CON PERSONAL A CARGO**

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019. Informamos sus responsabilidades, las cuales son de obligatorio cumplimiento en Seguridad y Salud en el trabajo.

- ☐ Conocer entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el trabajo.
- ☐ Procurar el cuidado integral de su salud.
- ☐ Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
- ☐ Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo y reglamentos propios de la empresa.
- ☐ Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
- ☐ Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato o responsable de SST de la empresa.
- ☐ Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
- ☐ Asistir y participar activamente en el programa de inducción y en los cursos de entrenamiento.
- ☐ Mantener y usar los elementos de protección personal requeridos para sus actividades.
- ☐ Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.
- ☐ Aplicar normas y políticas para asegurar un sitio de trabajo libre de tabaco, alcohol y drogas.
- ☐ Conocer y aplicar el procedimiento de emergencias del sitio de trabajo, incluidas alarmas, sistemas de protección, sistemas de emergencia y comunicaciones.
- ☐ Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definidas en el plan de capacitación.
- ☐ Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.
- ☐ Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ☐ Asegurar el cumplimiento de las políticas SST.
- ☐ Participar en la investigación de accidentes del personal que está a su cargo.
- ☐ Realizar seguimiento a los correctivos sugeridos para evitar la reaparición de incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras.
- ☐ Cumplir y garantizar el cumplimiento de las normas y procedimientos de trabajo seguro.
- ☐ Motivar y fomentar la práctica de métodos seguros de trabajo.
- ☐ Participar activamente en tareas de inducción y capacitación permanente de los empleados.
- ☐ Facilitar y estimular la asistencia de los trabajadores a las reuniones de capacitación.
- ☐ Velar porque todos los accidentes e incidentes sean reportados, registrados e investigados en forma

En caso de pertenecer a los Comités de la empresa deberá cumplir con las debidas responsabilidades mencionadas a continuación:

COPASST

- ☐ Proponer a la Gerencia, la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo seguros y saludables.
- ☐ Proponer y participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo dirigidas a trabajadores, mandos medios y directivos de la empresa.
- ☐ Colaborar con los funcionarios de entidades gubernamentales de seguridad y salud en el trabajo en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes.
- ☐ Hacer seguimiento del plan de acción dentro de las visitas que éste programe en cada una de las obras y de la oficina principal.
- ☐ Colaborar en el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial realizadas de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes; además, promover su divulgación y observancia.
- ☐ Realizar la investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia. Hacer seguimiento a los planes de acción definidos para que no vuelva a ocurrir.
- ☐ Definir un plan de visitas periódicas a los lugares de trabajo, inspeccionando los ambientes, máquinas, equipos y las operaciones realizadas por los trabajadores en cada área u obra que desarrolle la
- ☐ Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores, en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.
- ☐ Servir como organismo de coordinación entre la Gerencia y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la seguridad y salud en el trabajo.
- ☐ Analizar periódicamente los informes sobre accidentalidad, ausentismo y enfermedades profesionales con el fin de revisar y redefinir los planes de acción acordes con la problemática.
- ☐ Elegir al secretario del Comité.
- ☐ Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen.
- ☐ Las demás funciones que le señalen las normas sobre la seguridad y salud en el trabajo.
- ☐ Supervisar que los trabajadores de la empresa aseguren el cumplimiento de los protocolos de

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

- Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
- Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la empresa.
- Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
- Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
- Formular un plan de mejora concertado entre las partes, para construir, renovar y promover la convivencia laboral, garantizando en todos los casos el principio de la confidencialidad.
- Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por las partes involucradas en la queja, verificando su cumplimiento de acuerdo con lo pactado.
- En aquellos casos en que no se llegue a un acuerdo entre las partes, no se cumplan las recomendaciones formuladas o la conducta persista, el Comité de Convivencia Laboral, deberá remitir la queja a la alta dirección de la empresa, el cual se encargara de cerrar el caso.
- Presentar a la alta dirección de la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral, así como el informe anual de resultados de la gestión del comité de convivencia laboral y los informes requeridos por los organismos de control.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones dadas por el Comité de Convivencia a las dependencias de Representante SST de la empresa.
- Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones, los cuales serán presentados a la alta dirección de la empresa.

BRIGADA DE EMERGENCIA

- Asegurar en todo momento la seguridad del personal de la empresa.
- Realizar entrenamientos continuos y realizar simulacros de manera periódica de lucha contra incendios, salvamento de bienes y personal, evacuación, rescate y actividades de primeros auxilios.
- Se debe diseñar e implementar métodos de control efectivo y actuación para saber cómo proceder en caso de emergencia.
- Implementar equipos de alarma como sirenas o establecer códigos de alarma y hacerlos conocer a todo el personal de la organización.
- Se debe llevar un control periódico sobre el estado de los sistemas y equipos de protección contra incendios.
- Se debe estar preparado para reaccionar inmediatamente ante cualquier imprevisto, contingencia o presencia de un peligro inminente.
- Tomar el control de las actividades en caso de emergencia, dirigiendo evacuación de personas y salvamento de bienes de valor de la organización.
- Asegurarse de que se cumplan las normas establecidas orientadas a seguridad y salud en el trabajo.
- Se debe tener un directorio actualizado de las entidades especializadas de apoyo externo, como hospitales, bomberos, cruz roja, defensa civil y otros organismos, que finalmente darán la atención final a los afectados de una emergencia.
- Verificar periódicamente el funcionamiento óptimo de la señal de alarma para que todos los trabajadores evacuen de inmediato, asegurándose en caso se trate de una sirena de que esta sea escuchada por absolutamente todo el personal.
- Asistir al profesional de seguridad y salud en el trabajo en la documentación que requiera.

Certifico que he leído y he sido notificado y acepto cumplir las responsabilidades anteriormente señaladas. Entiendo que contribuyen al cumplimiento de la normatividad vigente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente,

RECIBI:
Nombre: Andres Felipe Jimenez Sastre
Cargo: Ayudante Abnsado
Firma:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6 CONTRATO No. 9176-2024 BOGOTÁ	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS**	Fecha de emisión: 21/06/2022 Versión: 01
	Código: F-SST-010	Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS:

Señores

CONSORCIO OBRAS GT

El suscrito Andres Felipe Ramos Santana identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Que es de mi conocimiento que **CONSORCIO OBRAS GT,** ha implementado una política de prevención, para el control y seguimiento del consumo de drogas y alcohol al interior de la empresa, la cual busca el mejoramiento de la calidad de vida personal y laboral de los empleados, sus familias y la compañía en general.
2. Que la citada política está integrada por diversos programas, entre los cuales se encuentra el de control, prevención y seguimiento del consumo de Tabaco, alcohol y drogas dentro de la compañía.
3. Que conforme a las jornadas de capacitación y demás campañas educativas y de familiarización realizadas por **CONSORCIO OBRAS GT,** comprendo que el citado programa tiene como objeto el mejoramiento del bienestar y seguridad personal, familiar y empresarial.
4. Que conforme a las jornadas de capacitación y demás campañas educativas y de familiarización realizadas por **CONSORCIO OBRAS GT**, entiendo y consiento las reglas y efectos de la política de alcohol, tabaquismo y drogas, así como también los programas que la componen.
5. Que entiendo y consiento que para la ejecución de la política mencionada y de los programas que la componen, **CONSORCIO OBRAS GT,** deberá en algunos casos, practicar las pruebas de alcohol, y drogas que ella juzgue conveniente.
6. Que, en aras de buscar y realizar los objetivos señalados, me comprometo, a facilitar las muestras que **CONSORCIO OBRAS GT** indique, cuando ella lo requiera o se haga necesario su análisis y en las instalaciones que ella designe.
7. Que entiendo y consiento que **CONSORCIO OBRAS GT**, deba compartir los resultados de mis pruebas con las personas legitimadas para conocerlos y que estime necesario.

Se suscribe en Fontibon a los 27 días del mes 12 de 2024

Cordialmente,

Andres Felipe
C.C 1023960348

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	Versión: 2 Fecha: 04-02-2024

Proceso: HSE | Responsable: Andres Res

Datos Generales

FECHA: 07-01-25 | NOMBRE DEL TRABAJADOR: Eyddy cubillos

CARGO: Ayudante | CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: codes Fontibon

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN: | RE-INDUCCIÓN:

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m. X
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(4)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	( )	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(3) 2	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	( )	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL GT CONSTRUCCIONES		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

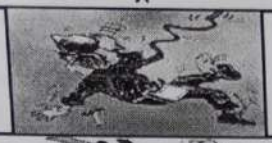
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		Identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



X

X



X

X


X

X

X


X

X

X

8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Acto


Condicion


Acto



Condicion



Acto


Acto


Condicion



Acto

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Eddy Oubillos

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Freddy cubillos		Numero Cédula	1023911526	Teléfono
Cargo	Ayudante	RH O+	Dirección		localidad
Correo Electrónico	Fredicubillos23@gmail.com		Fecha ingreso	07-01-25	
Persona de contacto	miryam Jimenez		Teléfono	3125706728	

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años X
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre X
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre X
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas X
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria X
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada X
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte X
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.) X
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

Sera. EPS.

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
b. No X
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si X b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI X
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
__X__ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI X
CUAL : Futbol
Horas semanales: 2 horas

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
	Cargo Responsable: Auxiliar SST HSEQ	Fecha Publicación

FRENTE DE OBRA : xds fontibon

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA | CONTRATISTA: Wilson dias

1. CARGO: Ayudante

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, continuo	X	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	X	BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X
	Bacterias	X		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	X		Fibras	X		Esfuerzo	X		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	X
	Hongos	X		**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria	X		Líquidos (nieblas y rocíos)	X		Movimiento repetitivo	X		**Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	X
	Riketsias	X		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	X		Gases y vapores			Manipulación de cargas	X		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	X		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	X		Humos metálicos y no metálicos	X					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	X		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado						**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
	Mordeduras	X		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)										
	Fluidos	X												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)		FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)			**Terremoto**	
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)			**Vendabal**	
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)			**Inundación**	
	Accidentes de tránsito			**Derrumbe**	
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)			**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	
	Trabajo en alturas				
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES							
a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo	✓						
c. Permisos de Trabajo	✓						
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)	✓						
e. Señalización	✓						
f. Cumplimiento de normas	✓						
g. Otros	✓						

NOMBRE COLABORADOR	Freddy cubilles
FIRMA	freddy cubilles

NOMBRE AUXILIAR SST	Angeer Mon
FIRMA	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN	02/12/2024 Versión: 00
	SST-GT-FR-05	
	FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL	

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Fredy Cubillos	CÉDULA No.	1037911526	CARGO:	
DEPENDENCIA	OBRA Eso antojos	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Gafas		1	10-01-25	
2	Tapabocas		1	10-01-25	
3	Guantes		1	10-01-25	
4	Casco		1	10-01-25	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531149
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Freddy Cubillos

CÉDULA No: 1037911526

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	Versión: 2 Fecha: 04-02-2024

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 26-12-2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: HAROLD SNEIDER CUBILLOS
CARGO: INSTALADORES	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: CD. FONTIBON

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	✓	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE	↗	Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR	↘	Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO INFRAESTRUCTURA SED?	↗	Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	↘	Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?	↗	Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	↘	Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

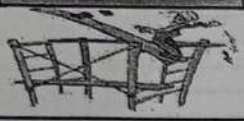
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

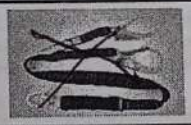
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

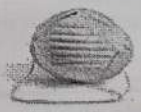
7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.

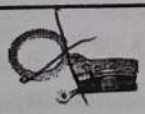
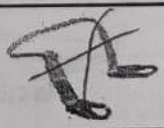










8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


ACTO


CONDICION


ACTO



CONDICION



ACTO


CONDICION


CONDICION


ACTO INSEGURO
ACTO

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

SNEIDER C.

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ	Fecha Publicación

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA	26-12-2024	CONTRATISTA	G.T CONSORCIO

1. CARGO: INTALADOR

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X		FÍSICOS	**Ruido** (de Impacto, intermitente, continuo	X		QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos			BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X		PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X
	Bacterias				**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	X			Fibras	X			Esfuerzo	X			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	X
	Hongos	X			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria				Líquidos (nieblas y rocíos)				Movimiento repetitivo					
	Riketsias	X			**Temperaturas extremas** (calor y frío)	X			Gases y vapores	X			Manipulación de cargas	X			**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	X
	Parásitos	X			**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	X			Humos metálicos y no metálicos	X							**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	X
	Picaduras	X			**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	X			Material particulado	X							**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	X
	Mordeduras	X			**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	X												
	Fluidos	X																

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	X	FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	X
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	X		**Terremoto**	X
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	X		**Vendabal**	X
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	X		**Inundación**	X
	Accidentes de tránsito			**Derrumbe**	X
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)			**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	X
	Trabajo en alturas	X			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas ✓	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo	✓						
c. Permisos de Trabajo	✓						
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)	✓						
e. Señalización	✓						
f. Cumplimiento de normas	✓						
g. Otros	✓						

NOMBRE COLABORADOR	HAROLD SNEIDER C.
FIRMA	SNEIDER C.

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mora
FIRMA	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	HAROLD CUBILLOS	Numero Cédula	1142591410	Teléfono	
Cargo	INSTALADOR	RH	O+	Dirección	CARRERA 7 ESTE # 28A-14 SUR	localidad	SANCRISTOBAL SUR
Correo Electrónico	HAROLDINGENIEROCUBILLOSPEREZ@GMAIL.COM			Fecha ingreso	26-12-2024		
Persona de contacto	MIREYA ROJAZ			Teléfono	3245680028		

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
X 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
X Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
X Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. X b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. X
CUAL : CICLISTA
Horas semanales: OCACIONAL

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.886.750-6

NOTIFICACION DE RESPONSABILIDES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Bogota , MES 12 DIA 26 AÑO 24

Señor colaborador(a) HAROLD CUBILLOS CC. 1006 348 247

Asunto: ***RESPONSABILIDADES ANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TRABAJADORES*** **CON PERSONAL A CARGO**

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019. Informamos sus responsabilidades, las cuales son de obligatorio cumplimiento en Seguridad y Salud en el trabajo.

- ☐ Conocer entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ☐ Procurar el cuidado integral de su salud.
- ☐ Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
- ☐ Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo y reglamentos propios de la empresa.
- ☐ Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
- ☐ Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato o responsable de SST de la empresa.
- ☐ Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente.
- ☐ Asistir y participar activamente en el programa de inducción y en los cursos de entrenamiento.
- ☐ Mantener y usar los elementos de protección personal requeridos para sus actividades.
- ☐ Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.
- ☐ Aplicar normas y políticas para asegurar un sitio de trabajo libre de tabaco, alcohol y drogas.
- ☐ Conocer y aplicar el procedimiento de emergencias del sitio de trabajo, incluidas alarmas, sistemas de protección, sistemas de emergencia y comunicaciones.
- ☐ Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definidas en el plan de capacitación.
- ☐ Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.
- ☐ Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ☐ Asegurar el cumplimiento de las políticas SST.
- ☐ Participar en la investigación de accidentes del personal que está a su cargo.
- ☐ Realizar seguimiento a los correctivos sugeridos para evitar la reaparición de incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras.
- ☐ Cumplir y garantizar el cumplimiento de las normas y procedimientos de trabajo seguro.
- ☐ Motivar y fomentar la práctica de métodos seguros de trabajo.
- ☐ Participar activamente en tareas de inducción y capacitación permanente de los empleados.
- ☐ Facilitar y estimular la asistencia de los trabajadores a las reuniones de capacitación.
- ☐ Velar porque todos los accidentes e incidentes sean reportados, registrados e investigados en forma

En caso de pertenecer a los Comités de la empresa deberá cumplir con las debidas responsabilidades mencionadas a continuación:

COPASST

- ☐ Proponer a la Gerencia, la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo seguros y saludables.
- ☐ Proponer y participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo dirigidas a trabajadores, mandos medios y directivos de la empresa.
- ☐ Colaborar con los funcionarios de entidades gubernamentales de seguridad y salud en el trabajo en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes.
- ☐ Hacer seguimiento del plan de acción dentro de las visitas que éste programe en cada una de las obras y de la oficina principal.
- ☐ Colaborar en el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial realizadas de acuerdo con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y las normas vigentes; además, promover su divulgación y observancia.
- ☐ Realizar la investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia. Hacer seguimiento a los planes de acción definidos para que no vuelva a ocurrir.
- ☐ Definir un plan de visitas periódicas a los lugares de trabajo, inspeccionando los ambientes, máquinas, equipos y las operaciones realizadas por los trabajadores en cada área u obra que desarrolle la
- ☐ Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores, en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.
- ☐ Servir como organismo de coordinación entre la Gerencia y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la seguridad y salud en el trabajo.
- ☐ Analizar periódicamente los informes sobre accidentalidad, ausentismo y enfermedades profesionales con el fin de revisar y redefinir los planes de acción acordes con la problemática.
- ☐ Elegir al secretario del Comité.
- ☐ Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen.
- ☐ Las demás funciones que le señalen las normas sobre la seguridad y salud en el trabajo.
- ☐ Supervisar que los trabajadores de la empresa aseguren el cumplimiento de los protocolos de

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

- Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
- Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la empresa.
- Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
- Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
- Formular un plan de mejora concertado entre las partes, para construir, renovar y promover la convivencia laboral, garantizando en todos los casos el principio de la confidencialidad.
- Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por las partes involucradas en la queja, verificando su cumplimiento de acuerdo con lo pactado.
- En aquellos casos en que no se llegue a un acuerdo entre las partes, no se cumplan las recomendaciones formuladas o la conducta persista, el Comité de Convivencia Laboral, deberá remitir la queja a la alta dirección de la empresa, el cual se encargara de cerrar el caso.
- Presentar a la alta dirección de la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral, así como el informe anual de resultados de la gestión del comité de convivencia laboral y los informes requeridos por los organismos de control.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones dadas por el Comité de Convivencia a las dependencias de Representante SST de la empresa.
- Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones, los cuales serán presentados a la alta dirección de la empresa.

BRIGADA DE EMERGENCIA

- Asegurar en todo momento la seguridad del personal de la empresa.
- Realizar entrenamientos continuos y realizar simulacros de manera periódica de lucha contra incendios, salvamento de bienes y personal, evacuación, rescate y actividades de primeros auxilios.
- Se debe diseñar e implementar métodos de control efectivo y actuación para saber cómo proceder en caso de emergencia.
- Implementar equipos de alarma como sirenas o establecer códigos de alarma y hacerlos conocer a todo el personal de la organización.
- Se debe llevar un control periódico sobre el estado de los sistemas y equipos de protección contra incendios.
- Se debe estar preparado para reaccionar inmediatamente ante cualquier imprevisto, contingencia o presencia de un peligro inminente.
- Tomar el control de las actividades en caso de emergencia, dirigiendo evacuación de personas y salvamento de bienes de valor de la organización.
- Asegurarse de que se cumplan las normas establecidas orientadas a seguridad y salud en el trabajo.
- Se debe tener un directorio actualizado de las entidades especializadas de apoyo externo, como hospitales, bomberos, cruz roja, defensa civil y otros organismos, que finalmente darán la atención final a los afectados de una emergencia.
- Verificar periódicamente el funcionamiento óptimo de la señal de alarma para que todos los trabajadores evacuen de inmediato, asegurándose en caso se trate de una sirena de que esta sea escuchada por absolutamente todo el personal.
- Asistir al profesional de seguridad y salud en el trabajo en la documentación que requiera.

Certifico que he leído y he sido notificado y acepto cumplir las responsabilidades anteriormente señaladas. Entiendo que contribuyen al cumplimiento de la normatividad vigente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente.

RECIBI:
Nombre: HAROLD SNEIDER CUBILLOS PEREZ
Cargo: INSTALADOR
Firma: SNEIDER C.

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6 CONTRATO No. 9176-2024 BOGOTÁ	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS**	Fecha de emisión: 21/06/2022 Versión: 01
	Código: F-SST-010	Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS:

Señores

CONSORCIO OBRAS GT

El suscrito HAROLD SNEIDER CUBILLOS PEREZ identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Que es de mi conocimiento que **CONSORCIO OBRAS GT,** ha implementado una política de prevención, para el control y seguimiento del consumo de drogas y alcohol al interior de la empresa, la cual busca el mejoramiento de la calidad de vida personal y laboral de los empleados, sus familias y la compañía en general.
2. Que la citada política está integrada por diversos programas, entre los cuales se encuentra el de control, prevención y seguimiento del consumo de Tabaco, alcohol y drogas dentro de la compañía.
3. Que conforme a las jornadas de capacitación y demás campañas educativas y de familiarización realizadas por **CONSORCIO OBRAS GT,** comprendo que el citado programa tiene como objeto el mejoramiento del bienestar y seguridad personal, familiar y empresarial.
4. Que conforme a las jornadas de capacitación y demás campañas educativas y de familiarización realizadas por **CONSORCIO OBRAS GT**, entiendo y consiento las reglas y efectos de la política de alcohol, tabaquismo y drogas, así como también los programas que la componen.
5. Que entiendo y consiento que para la ejecución de la política mencionada y de los programas que la componen, **CONSORCIO OBRAS GT,** deberá en algunos casos, practicar las pruebas de alcohol, y drogas que ella juzgue conveniente.
6. Que, en aras de buscar y realizar los objetivos señalados, me comprometo, a facilitar las muestras que **CONSORCIO OBRAS GT** indique, cuando ella lo requiera o se haga necesario su análisis y en las instalaciones que ella designe.
7. Que entiendo y consiento que **CONSORCIO OBRAS GT**, deba compartir los resultados de mis pruebas con las personas legitimadas para conocerlos y que estime necesario.

Se suscribe en FONTIBON a los 26 días del mes 12 de 2024

Cordialmente, SNEIDER CUBILLOS

1000 348 247
C.C

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE | Responsable: William Nemeguen

Datos Generales

FECHA: 26 diciembre 2024 | NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alberto Sanchez Prieto

CARGO: oficial | CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Hintalito-Kendal

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN: X | RE-INDUCCIÓN:

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3.	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO:		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Escaneado con CamScanner

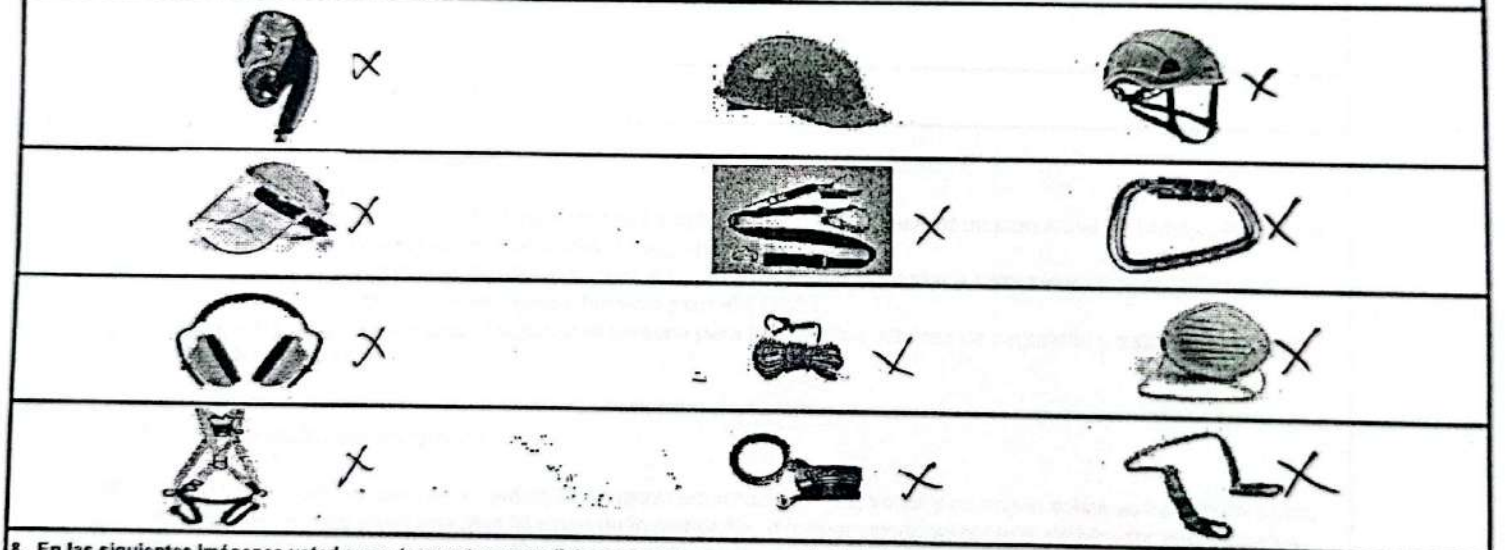
5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la actividad especifica.
Andamios		Identificación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Acto


condición


ACTO



condición



condición


Acto


condición


Acto

ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Alberto Sanchez

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 26-12-24		**Lugar:** Tintalito - Remedy	
Nombre de la capacitación: Inducción para Ingreso			
Nombre del trabajador: Alberto Sanchez		**CC:** 191962	
Área: Obra civil		**Cargo:** Oficial	

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		V
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		V
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		V
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades . Golpes . caidas		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	6.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	Alberto Sanchez

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Alberto Sanchez	Numero Cédula	191962	Teléfono	3123373811
Cargo	Oficial	RH	A+	Dirección	cr 49 #52 A 28 este
localidad	Suacha				
Correo Electrónico		N/A		Fecha Ingreso	26-12-24
Persona de contacto	Mario Esmeralda Sanchez			Teléfono	3106155992

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
- a. Menor de 18 años
- b. 18 – 27 años
- c. 28 – 37 años
- d. 38 _ 47 años
- X. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
- a. Soltero (a)
- X. Casado (a) /Unión libre
- c. Separado (a) /Divorciado
- d. Viudo (a)

3. SEXO
- X Hombre
- b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
- a. Ninguna
- X. 1 – 3 personas
- c. 4 – 6 persona
- d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
- X. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
- X. Propia
- b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreación y deporte
- d. Estudio
- X Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- X Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
- a. De 3 a 6 meses
- b. De 6 meses a 1 año
- c. De 1 a 3 años
- d. De 3 a 5 años
- X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
- a. Si
- X. No
- c. Cual : _____

11. FUMA
- a. SI
- X. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
- X. NO
- b. SI
  - ___ Semanal
  - ___ Quincenal
  - ___ Mensual
  - ___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
- X NO
- b. SI

CUAL : _____

Horas semanales: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.868.750-6

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO: F-112
REVISIÓN: 1

FRENTE DE OBRA: Tintalito Kennedy | Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: William Nemeguen | Fecha Publicación: 26-12-21

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA: 26-12-21

1. CARGO: Oficial | CONTRATISTA: Hugo Luis Hurtado

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	Ruido (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e Inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias	✓		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	
	Hongos			Vibración (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo			Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Riketsias	✓		Temperaturas extremas (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	✓		Presión atmosférica (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos						Interfase persona-tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	✓		Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	✓					Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		Radiaciones no ionizantes (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	Sismo	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		Terremoto	✓
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), Superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), Condiciones de orden y aseo (caída de objetos)	✓		Vendabal	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		Inundación	✓
	Accidentes de tránsito	✓		Derrumbe	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

✓ Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
✓ a. Procedimientos Seguros de Trabajo							
✓ Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
✓ Señalización							
✓ Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Alberto Sanchez
FIRMA	Alberto Sanchez

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemeguen
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: William Nemegren

Datos Generales

FECHA: 09-01-2025	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos Jose Riascos Guerrero
CARGO: OFICIO I	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Zona Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Powered by CamScanner

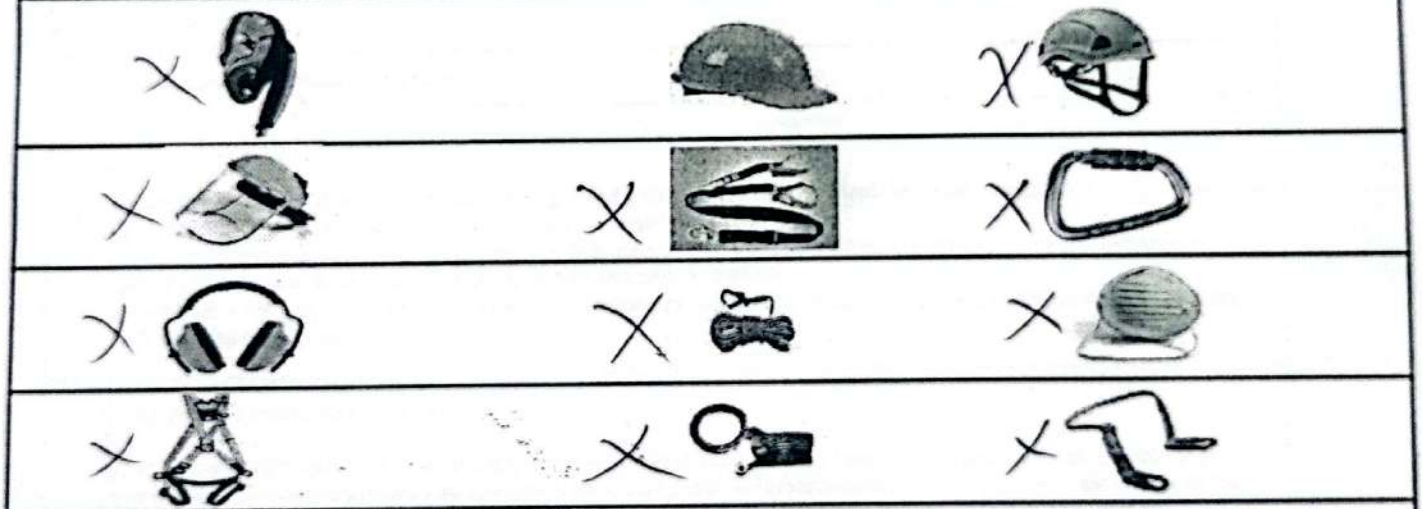
5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hisopos,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con químicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,botellano,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la actividad especifica.
Andamios 	identificación de peligros, señalización, bloqueos de energía.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


acto


condicion


acto


condición


condicion


acto


condicion


ACTO INSEGURO acto

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 09-01-25		**Lugar:** Caracol Kennedy	
Nombre de la capacitación: Inducción de Ingreso			
Nombre del trabajador: Carlos Rioscos		**CC:** 78427475	
Área: obra civil		**Cargo:** oficial	

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		X
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		X
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de Inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		X
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades • Cortada • Caida		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar Informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	6.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.606.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Carlos Riascos	Numero Cédula	98427475	Teléfono	3142554827
Cargo	Oficial	RH	A+	Dirección	Calle 58csur #96a-10
Localidad	Kennedy				
Correo Electrónico	N/A			Fecha Ingreso	08-01-25
Persona de contacto	Monica Arcaraso			Teléfono	3142554827

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
X 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
X SI
CUAL: Atletismo
Horas semanales: 3 horas

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.806.750-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA: Zona Kennedy	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: William Nemeguen	Fecha Publicación: 09-01-25

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA: 09-01-25 | CONTRATISTA: Hugo Luis Hurtado

1. CARGO: Oficial

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	Ruido (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias	✓		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras			Esfuerzo	✓		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	
	Hongos			Vibración (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo	✓		Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Riketsias	✓		Temperaturas extremas (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	✓		Presión atmosférica (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	✓					Interfase persona-tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	✓		Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	✓					Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		Radiaciones no ionizantes (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	Sismo	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		Terremoto	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), Superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), Condiciones de orden y aseo (caída de objetos)	✓		Vendabal	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		Inundación	✓
	Accidentes de tránsito	✓		Derrumbe	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	✓			

3. CONTROLES

X	Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
X	Procedimientos Seguros de Trabajo							
X	Permisos de Trabajo							
X	Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
X	Señalización							
X	Cumplimiento de normas							
X	Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Carlos Jose Reascos
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemeguen
FIRMA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	Versión: 2 Fecha: 04-02-2024

Proceso: HSE	Responsable:
Datos Generales	
FECHA: 09-01-25	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Joaquin Diaz Pantoja.
CARGO: Oficial	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Zona Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	3	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	4	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	1	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	2	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	2	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	4	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	1	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	3	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Powered by CamScanner

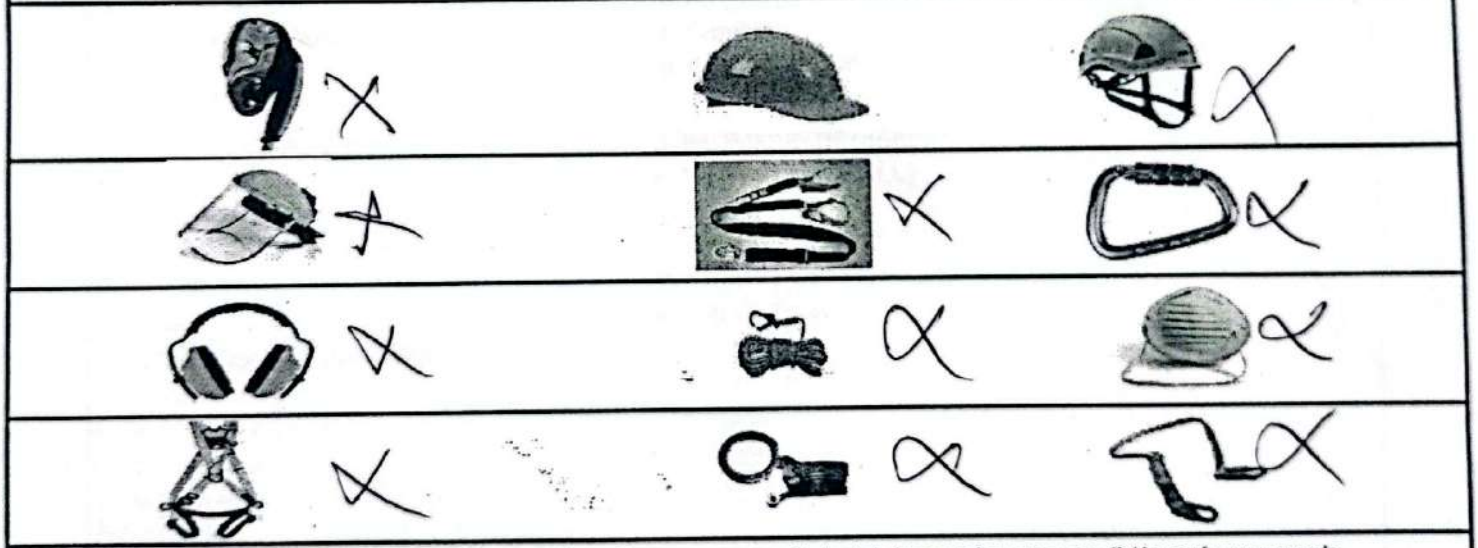
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la actividad especifica.
Andamios		Identificación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.



FIRMA DE EVALUADOR	FIRMA DEL EVALUADO
	Joaquin Diez

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.666.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Joquin Diaz	Numero Cédula	1243031	Teléfono	3170732133
Cargo	Oficial	RH A +	Dirección Calle 38 c sur #96a-10	localidad	Kennedy
Correo Electrónico	Joquindiaz2024@gmail.com			Fecha Ingreso	08-01-25
Persona de contacto	Eduardo chico			Teléfono	302 848 1742

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. X 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. X Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. X Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
b. X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
b. X No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. X NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. X NO
b. SI
CUAL : _____
Horas semanales: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA: Zona Kennedy	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: William Nemeguen	Fecha Publicación
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		
FECHA: 09-07-25	CONTRATISTA: Hugo Luis Hurtado	
1. CARGO: Oficial		

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	Ruido (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias	✓		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	
	Hongos			Vibración (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo	✓		Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Riketsias	✓		Temperaturas extremas (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos	✓		Presión atmosférica (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	✓					Interfase persona-tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	✓		Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	✓					Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		Radiaciones no ionizantes (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	Sismo	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		Terremoto	
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), Superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), Condiciones de orden y aseo (caída de objetos)	✓		Vendabal	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		Inundación	✓
	Accidentes de tránsito	✓		Derrumbe	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	✓			

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Joaquin R. DIAZ P.
FIRMA	Joaquin Díaz

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemeguen
FIRMA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 09-01-25		**Lugar:** Coraco1 Kennedy	
Nombre de la capacitación: Inducción de Ingreso			
Nombre del trabajador: Joaquin Diaz		**CC:** 1243031	
Área: Obra civil		**Cargo:** Oficial	
Ítem	**Pregunta**	**Falso**	**Verdadero**
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		V
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		V
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de Inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		V
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades • Raspones • Caída, golpe.		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	6.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	Joaquin Díaz

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	Versión: 2 Fecha: 04-02-2024

Proceso: HSE	Responsable: William Nemeguen.

Datos Generales

FECHA: 10-01-25	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose Gonzalez
CARGO: Oficial	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Coracol - Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

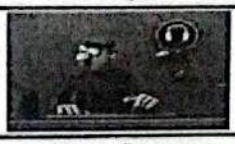
QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Powered by CamScanner

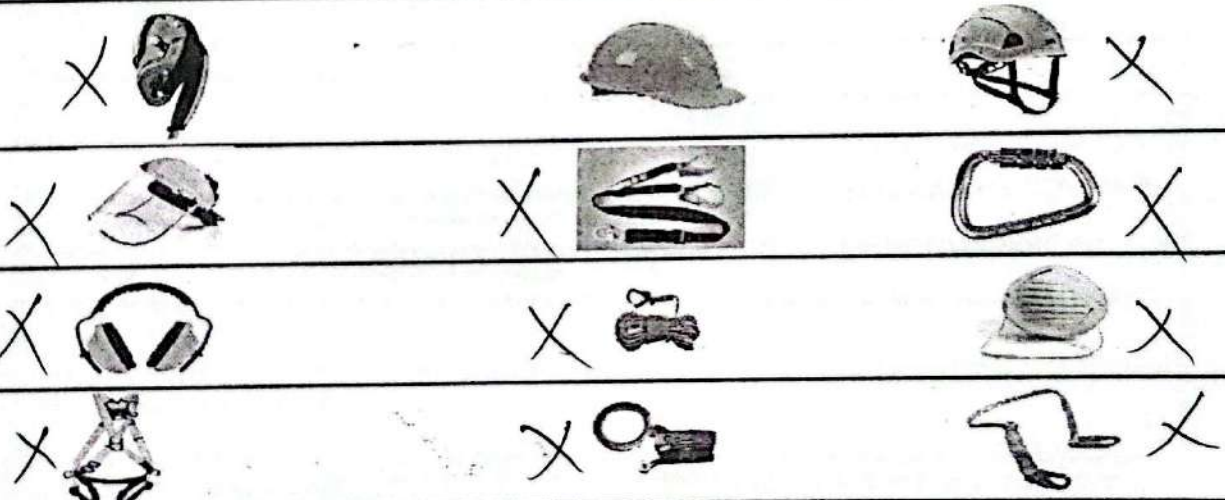
5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la actividad especifica.
Andamios 	Identificación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.



FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 10-01-2025		**Lugar:** Coracol – Kennedy	
Nombre de la capacitación: Induccion de Ingreso			
Nombre del trabajador: Jose Gonzalez		**CC:** 7035572	
Área: obra civil		**Cargo:** oficial	

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		X
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.	X	
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		X
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades • machucon • golpe		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X D. Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X A. Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas.		

Calificación	5.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	Jose

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.730-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA: Zona Kennedy	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: Insp SST	Fecha Publicación: 10-01-25
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	10-04-25	CONTRATISTA	Hugo Luis Hurtado
1. CARGO:	Oficial		

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias			**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras			Esfuerzo			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)	✓		Movimiento repetitivo	✓			
	Riketsias	✓		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos	✓		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		**Terremoto**	✓
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	✓		**Vendabal**	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		**Inundación**	✓
	Accidentes de tránsito	✓		**Derrumbe**	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	X			

3. CONTROLES

X	**a. Uso de EPP**	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
X	**b. Procedimientos Seguros de Trabajo**							
X	**c. Permisos de Trabajo**							
X	**d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)**							
X	**e. Señalización**							
X	**f. Cumplimiento de normas**							
X	**g. Otros**							

NOMBRE COLABORADOR	Jose Gonzalez
FIRMA	10-01-25

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemeguen
FIRMA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Jose Gonzolez.	Numero Cédula	7035572	Teléfono	3144581712
Cargo	oficial	RH	O+	Dirección	Calle 180c #4-13
localidad	Usaquen				
Correo Electrónico	gonzalezedeliona15@gmail.com			Fecha Ingreso	10-01-25
Persona de contacto	Edeliona lopez			Teléfono	3017789741

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
X Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
X De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
X Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
X Si
b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
X SI
CUAL : futbol
Horas semanales: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	Versión: 2 Fecha: 04-02-2024

Proceso: HSE	Responsable: William Nemeguen
Datos Generales: Hilton de la ossa	
FECHA: 26-12-2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Hilton de la ossa
CARGO: oficial	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: TINTOLITO

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	3	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	4	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	1	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	2	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO:		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	2	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	4	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	1	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	3	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Escaneado con CamScanner

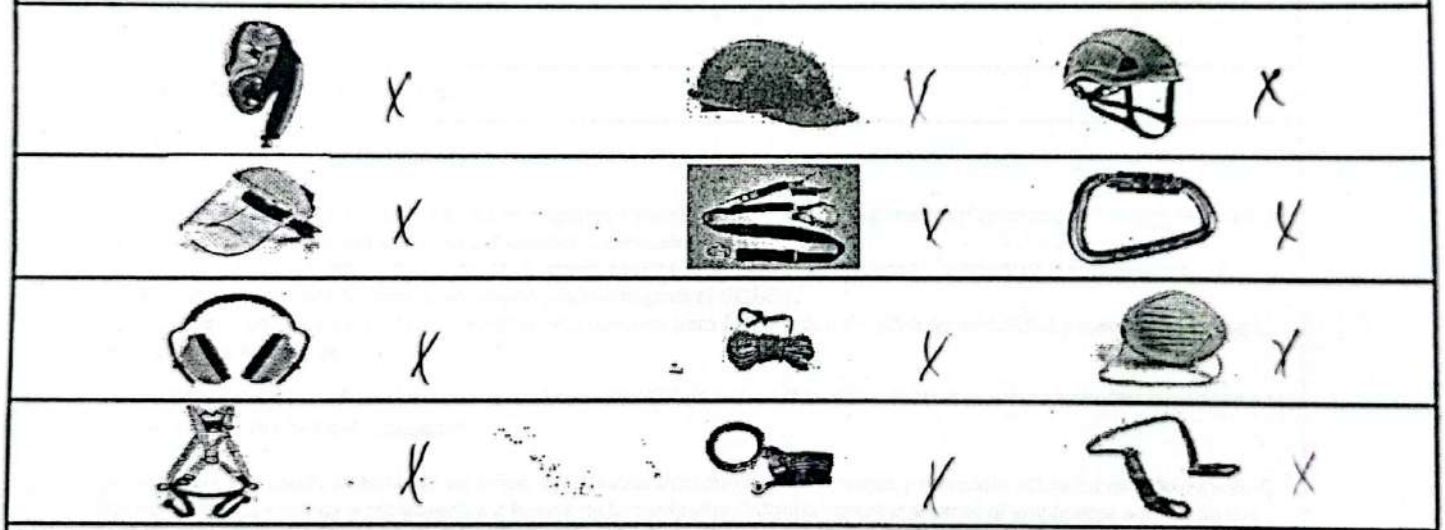
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con químicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica
Andamios		Identificación de peligros, señalización, bloqueos de energia
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


acto


condicion


acto



condicion


condicion


acto


condicion


acto

ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 26-12-2024 Lugar: TINTALITO

Nombre de la capacitación: Inducción para ingresa

Nombre del trabajador: Milton de la ossa CC: 11062207

Área: obra civil Cargo: oficial

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		Y
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		X
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		X
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades • Caida • golpes		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X D. Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X A. Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	6.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	Milton de la Ossa

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.846.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Wilton Lopez	Numero Cédula	1106207	Teléfono	3132782036
Cargo	OFICIAL	RH	O+	Dirección	CR 14C #137-85
Correo Electrónico		wilfordelopez27@gmail.com	Fecha Ingreso	26-12-24	
Persona de contacto	Isabel Ordoñez		Teléfono	3155264134	

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
X 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
X a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
X Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
X a. NO
b. SI
CUAL : _____
Horas semanales: _____

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.696.756-6

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO: F-112
VERSIÓN: 1

FRENTE DE OBRA: Tintal - Kennedy
Cargo Responsable Auxilio SST: William Nemegyei
Fecha Publicación: 26-12-24
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal de acuerdo a las actividades de cada

FECHA: 26 - 12 - 2024
NOMBRE: Hugo Luis Herbeto
1. CARGO: Oficial

2. FACTORES DE RIESGOS (Interactúa con una o los factores de riesgo de acuerdo a la actividad)

BIOLÓGICOS	Virus	X	FÍSICOS	Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	X	QUÍMICOS	Polvos orgánicos e inorgánicos	X	BIOMECÁNICOS	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	PSICOLABORAL	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X
	Bacterias	X		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia	X		Fibras	X		Esfuerzo	X		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	X
	Hongos	X		Vibración (cuerpo entero, segmentaria	X		Líquidos (nieblas y rocíos)	X		Movimiento repetitivo	X		Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo	X
	Riketsias	X		Temperaturas extremas (calor y frío)	X		Gases y vapores	X		Manipulación de cargas	X		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	X		Presión atmosférica (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	X					Interfase persona-tarea (conocimiento, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, definición de la	X
	Picaduras	X		Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa)	X		Material particulado	X					Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
	Mordeduras	X		Radiaciones no ionizantes (láser, uv, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)	X									
	Fluidos	X												

CONDICIONES DE SEGURIDAD			FENÓMENOS NATURALES		
	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)			Sismo	X
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)			Terremoto	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), Superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), Condiciones de orden y aseo (caída de objetos)			Vendabal	
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)			Inundación	X
	Accidentes de tránsito			Derrumbe	X
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)			Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	
	Trabajo en alturas				X
	Espacios Confinados				X

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Hugo Luis Herbeto
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemegyei
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.806.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	Versión: 2 Fecha: 04-02-2024

Proceso: HSE	Responsable: William Nemeguen
Datos Generales	
FECHA: 10-01-25	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Roberto Polacios
CARGO: Oficial	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Zona Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	3	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	4	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	1	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	2	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Política de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Política de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

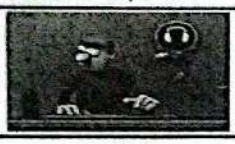
QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	2	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	4	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	1	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	3	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Powered by CamScanner

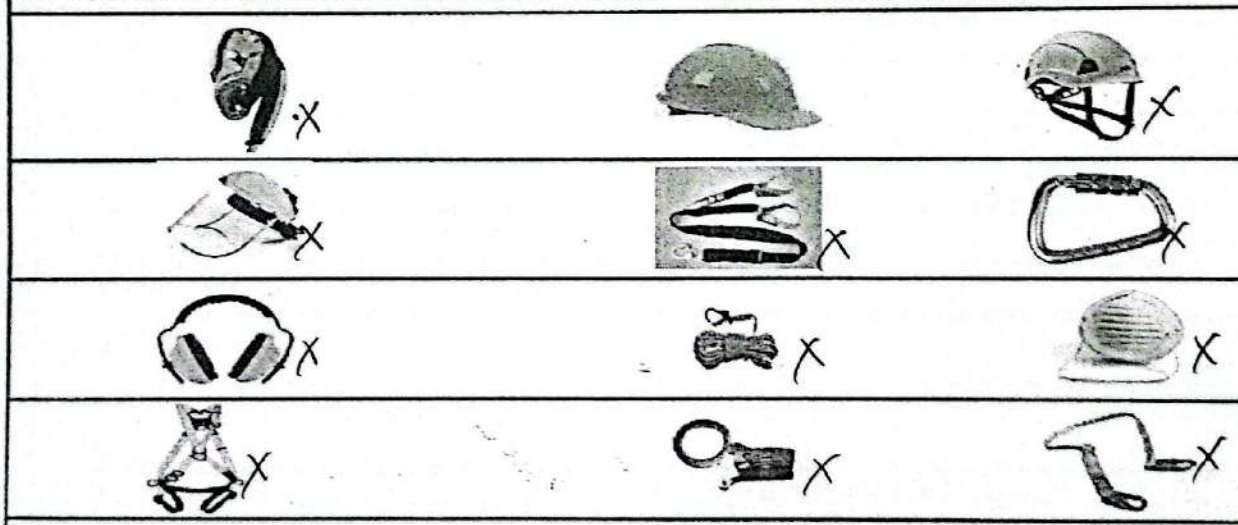
5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		Identificación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


acto


condicion


acto


condicion


condicion


acto


condicion


ACTO INSEGURO
acto

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Roberto palacios

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 10-01-25		**Lugar:** Coracol - Kennedy	
Nombre de la capacitación: Inducción de Ingreso			
Nombre del trabajador: Roberto Palacios		**CC:** 1124513333	
Área: obra civil		**Cargo:** Oficial	
Ítem	**Pregunta**	**Falso**	**Verdadero**
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		X
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.	X	
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		X
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades . Torceduras . Cortados.		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: A. Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	5.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	Roberto Palacios

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.266.750-4

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO: F-117
REVISIÓN: 1

FRENTE DE OBRA: Zona - Kennedy | Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: Insp SST | Fecha Publicación: 10-07-25

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA: 10-07-25 | CONTRATISTA: Hugo Luis Hurtado

1. CARGO: Oficial

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	*Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)*	✓
	Bacterias	✓		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo			**Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Riketsias	✓		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	✓		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	✓
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		**Terremoto**	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caida de objetos)	✓		**Vendabal**	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		**Inundación**	✓
	Accidentes de tránsito	✓		**Derrumbe**	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	✓			

3. CONTROLES

a. **Uso de EPP**	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. **Procedimientos Seguros de Trabajo**							
c. **Permisos de Trabajo**							
d. **Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)**							
e. **Señalización**							
f. **Cumplimiento de normas**							
g. **Otros**							

NOMBRE COLABORADOR	Roberto Palacios
FIRMA	Roberto palacios

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemeguen
FIRMA	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.808.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Roberto Palacios	Numero Cédula	1124513333	Teléfono	3213932201
Cargo	Oficial	RH	O+	Dirección	Calle 180c # 4-3
localidad	Usaquen				
Correo Electrónico	robertopalacios5728167347@gmail.com			Fecha Ingreso	10-01-25
Persona de contacto	Rosa Gonzalez			Teléfono	3187453033

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
X 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
X 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
X Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
X SI
CUAL : Futbol
Horas semanales: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: William Nemeguen
Datos Generales	
FECHA: 23-12-24	NOMBRE DEL TRABAJADOR: William Nemeguen
CARGO: Insp SST	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Zona Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

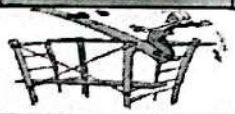
QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

Escaneado con CamScanner

5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.

 X   X

 X  X  X

 X  X  X

 X  X  X

8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.

 Acto

 condicion

 ACTO

 condicion

 condicion

 ACTO

 condicion

 ACTO INSEGURO Acto

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.666.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	William Nemeguen	Numero Cédula	79824872	Teléfono	3118184440
Cargo	Insp. SST	RH	B+	Dirección	Calle 59 #78L 16
Correo Electrónico	wnemeguen@gmail.com	Fecha Ingreso	23-12-24	localidad	Bosa
Persona de contacto	Maria Sosa	Teléfono	3203511792		

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
X 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
X Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. SI
X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. SI
X No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
X SI
CUAL : futbol
Horas semanales: 3 horas

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.756-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA: Zona Kennedy	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: Insp. SST	Fecha Publicación: 23-12-24
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		
FECHA: 23-12-24	CONTRATISTA: Fuerza Activa	
1. CARGO: Inspector SST		

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	Ruido (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias	✓		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	
	Hongos			Vibración (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo			Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Riketsias	✓		Temperaturas extremas (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	✓		Presión atmosférica (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	✓					Interfase persona-tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	✓		Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	✓					Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		Radiaciones no ionizantes (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	Sismo	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		Terremoto	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), Superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), Condiciones de orden y aseo (caída de objetos)	✓		Vendabal	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		Inundación	✓
	Accidentes de tránsito	✓		Derrumbe	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

✓	Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
✓	Procedimientos Seguros de Trabajo							
✓	Permisos de Trabajo							
✓	Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
✓	Señalización							
✓	Cumplimiento de normas							
✓	Otros							

NOMBRE COLABORADOR	William Nemeguen
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	William Nemeguen
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.686.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 23-12-24 Lugar: Oficina Principal

Nombre de la capacitación: Inducción de Ingreso

Nombre del trabajador: William Neiregven CC: 79829872.

Área: Obra civil Cargo: Insp SST

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		✓
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		✓
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		✓
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades . Golpes . caidas, contusiones		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar Informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	6.0
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 09 - 12 - 2024	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Adriana Castellanos
CARGO: Inspectora técnica	**CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:** Sede Engativa

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

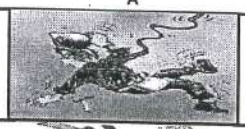
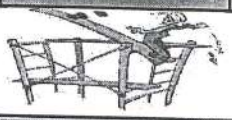
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(3)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(2)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

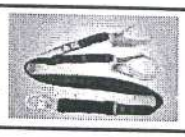
Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con químicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.

 X  X  X

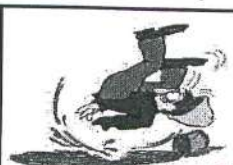
  X  X

  X 

 X  X  X

8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.

 Acto

 CONDICIÓN

 Acto



CONDICIÓN

 Condición

 Acto

 Condición


ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR

Johanal Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

FIRMA DEL EVALUADO

Adriana Castillo

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Adriana Castellanos	Numero Cédula	1019119229	Teléfono	3219174466
Cargo	Inspector técnico	RH	O+	Dirección	Cll 148 # 101 - 24
localidad	Suba				
Correo Electrónico	ing.adriana03@gmail.c	Fecha ingreso	29 - Noviembre - 2024		
Persona de contacto	Javier Mendez	Teléfono	3105587877		

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
X Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
X Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
X Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
X a. NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
X a. NO
b. SI
CUAL : _____
Horas semanales: _____

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Adriana Castellanos	CÉDULA No.	1019119279	CARGO:	Inspector técnico
DEPENDENCIA	OBRA Engativa	AREA:	Técnica	TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra labor

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Chaleco		1	09-12-24	
2	Casco		1	09-12-24	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mon	CÉDULA No.	1033731444
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1019119279

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 03-12-2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yamile Andrea Mora
CARGO: Inspector SST	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	✓	**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(1)	2	Es toda aquella enfermadad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(3)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

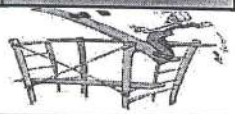
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

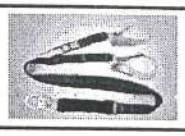
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la actividad especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

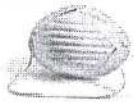
7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.














8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Dado


Condición


Dado



Condición



Dado







ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR		FIRMA DEL EVALUADO	
	Johana Catherine Chisacá León Residente SSTMA		

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.888.750-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	**Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ** Andrea Mora	**Fecha Publicación**
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	05-12-24	**CONTRATISTA**	

1. CARGO: Ing SST

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	✓	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias	✓		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	✓
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)	✓		Movimiento repetitivo				
	Riketsias	✓		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos	✓		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	✓		Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	✓
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	✓		Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos													

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	✓	**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		**Terremoto**	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	✓		**Vendabal**	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		**Inundación**	✓
	Accidentes de tránsito	✓		**Derrumbe**	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	✓			

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Andrea Mora
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mora
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Yamile Andrea Mor	Numero Cédula	35531444	Teléfono	3117281582
Cargo	Aux SST	RH	A+	Dirección	Calle 36-135	localidad	Torrero
Correo Electrónico		andrea y-08@hotmail		Fecha ingreso	03-12-2024
Persona de contacto		Carlos Cuadros		Teléfono	322 212 55 62

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. Si
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. Si
CUAL :_____
Horas semanales:_____

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT	ENTREGA DE	CODIGO: GT-PA02-02
		VERSION DEL REGISTRO: 2
NIT: 901.886.750-6	EQUIPO	PAGINA: 1 de 1

CONTRATO 9176-2024 SDIS

OBRA:	*REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO*

FECHA: 09-12-24

RECIBIO: **ENTREGO:** STEFANY VILLALBA

ITEM	EQUIPO	UNIDAD	CANT.	OBSERVACIONES
1	CHALECOS	UNIDAD	11	
2	BOTAS ELECTRICAS TALLA 39	UNIDAD	1	
3	CASCOS BLANCOS	UNIDAD	11	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
15				
16				

ELABORO	APROBO	FECHA DE VIGENCIA
Coordinador de Calidad	Gerente	dic-24

CII. 99 No. 49-38 Ofc. 509 TELEFONO: 7458097 BOGOTA D.C.
G.torres.d@hotmail.com

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable:

Datos Generales

FECHA: Diciembre 18- 2024	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Camilo Andres Cárdenas
CARGO: Inspector de obra	**CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:**

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	4)	2	Es toda aquella enfermadad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

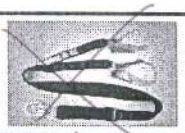
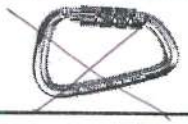
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

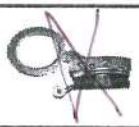
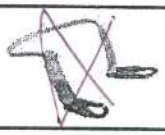
7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.







8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Acto


Condición


Acto



Condición




Acto


Condición


ACTO INSEGURO
Acto

FIRMA DE EVALUADOR	FIRMA DEL EVALUADO

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha:	Diciembre 18 2024	**Lugar:**	
Nombre de la capacitación:			
Nombre del trabajador:	Camilo Andres Cárdenas	**CC:**	1026284628.
Área:	Técnica	**Cargo:**	Inspector de obra.

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?		X
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		X
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?	X	
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades * Ruido * Material Particulado		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. X Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: X. Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	
Firma del capacitador:	
Firma del asistente:	Camilo Andres Cárdenas.

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Camilo Cárdenas	Numero Cédula	1076284628	Teléfono	3227630096
Cargo	Inspector obra	RH	O+	Dirección	TV 5 este # 46b 225 int localidad	Rafael Uribe
Correo Electrónico	Cardenasandres71@hotmail.com			Fecha ingreso	16-12-2024
Persona de contacto	Cristina Cárdenas			Teléfono	3172557752

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
X. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
X. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
X. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
X. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X. No
c. Cual : _____

11. FUMA
X. Si
b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
X. NO
b. SI
CUAL :_____
Horas semanales:_____

Eps Famisanar 30

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ	Fecha Publicación
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	9 Diciembre 13- 2024	CONTRATISTA	Camilo Andres Cardenas
1. CARGO:	Inspector de obra		

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	X	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	X	BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	PSICOLABORAL	**Gestion organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
	Bacterias			**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	X		Fibras			Esfuerzo			**Caracteristicas de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	X
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo			**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Riketsias			**Temperaturas extremas** (calor y frío)			Gases y vapores			Manipulación de cargas			**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Parásitos			**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos						**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	X
	Picaduras			**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	X						
	Mordeduras			**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)										
	Fluidos													

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)		FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	X
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)			**Terremoto**	X
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)			**Vendabal**	X
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	X		**Inundación**	X
	Accidentes de tránsito			**Derrumbe**	
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	X		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	X
	Trabajo en alturas				
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
	X	X	X		X		
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Camilo Cardenas
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Johana Chisacá
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Hoy
Datos Generales	
FECHA: 28-11-2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: JUAN CAMILO QUINTERO PARRA
CARGO: INSPECTOR DE OBRA	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: FONTIBON

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m. X
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

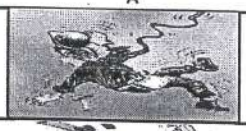
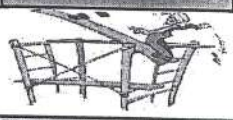
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

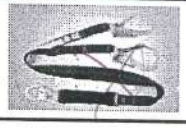
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.














8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


ACTO


CONDI


ACTO



CONDI



ACTO


ACTO


CONDI


ACTO

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

ACTO INSEGURO

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	**Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ** Andrea Mare.	**Fecha Publicación**
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	29-11-24.	**CONTRATISTA**	

1. CARGO:

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	X	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	X	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
	Bacterias	X		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	X		Fibras			Esfuerzo			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)	X		Movimiento repetitivo				
	Riketsias	X		**Temperaturas extremas** (calor y frío)			Gases y vapores	X		Manipulación de cargas			**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	X		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	X					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	X
	Picaduras	X		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	X					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
	Mordeduras	X		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	X									
	Fluidos	X												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	X	**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	X
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	X		**Terremoto**	X
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	X		**Vendabal**	X
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	X		**Inundación**	X
	Accidentes de tránsito	X		**Derrumbe**	X
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	X		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	X
	Trabajo en alturas	X			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Juan Camilo Quintero
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mare
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Juan Camilo Quintero B.	**Numero Cédula**	1233689993	**Teléfono**	3178593564
Cargo	INSP. OBRA	**RH**	O+	**Dirección**	CL 49 A BIS SUR #100-20
localidad	RAFAEL URIBE				
Correo Electrónico	Camiloquintero.inspgm21.com			**Fecha ingreso**	29/NOV/2024
Persona de contacto	ALEJANDRA ROLON			**Teléfono**	3123909309

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI
CUAL : CICLISMO
Horas semanales: 15 HORAS

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	JUAN CAMILO QUINTERO	CÉDULA No.	1033689993	CARGO:	INSP. OBRA
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	chaleco	1	1		
2	Casco.		1		
3	Gafas Petas		1.		
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:		CÉDULA No.	
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1033 689 993

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Arenas
Datos Generales	
FECHA: Diciembre 09 de 2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carol Forero Gonzalez
CARGO: Residente de obra	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Fontibon

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	✓	**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

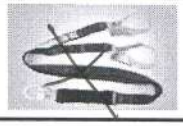
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.







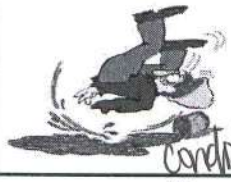







8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


Acto


Condición


Acto



Condición



Acto


Acto


Acto


ACTO INSEGURO
Acto

FIRMA DE EVALUADOR

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

FIRMA DEL EVALUADO

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	**Cargo Responsable** **Auxiliar SST HSEQ**	**Fecha Publicación**
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, asi como los mecanismos de control		

FECHA Diciembre 9 de 2024 **CONTRATISTA**

1. CARGO: Residente de obra.

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	X	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	X	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
	Bacterias	X		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	X		Fibras	X		Esfuerzo			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Hongos	X		**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)	X		Movimiento repetitivo	X			
	Riketsias	X		**Temperaturas extremas** (calor y frío)			Gases y vapores	X		Manipulación de cargas			**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
	Parásitos	X		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)			Humos metálicos y no metálicos	X					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	
	Picaduras	X		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)			Material particulado	X					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
	Mordeduras			**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radlofrecuencia, microondas)	X									
	Fluidos													

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)		**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	X
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	X		**Terremoto**	X
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	X		**Vendabal**	X
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	X		**Inundación**	X
	Accidentes de tránsito	X		**Derrumbe**	
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	X		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	X
	Trabajo en alturas				
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas Casco Gafas Prot. Respiratoria Guantes Equipo Alturas Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo	
c. Permisos de Trabajo	
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)	
e. Señalización	
f. Cumplimiento de normas	
g. Otros	

NOMBRE COLABORADOR	Carol Forero Gonzalez
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mora
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Carol Forero González	Numero Cédula	1026289001	Teléfono	3208499692
Cargo	Residente de Obra	RH	O+	Dirección	Calle 51 # 24-06
localidad	Tenjaquillo				
Correo Electrónico	carolforerog@hotmail.com			Fecha ingreso	Noviembre 25 de 2024
Persona de contacto	Jorge Diego Forero G			Teléfono	3015740184

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
X b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
X a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
X e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
X c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
X b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
X b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
X b. SI
CUAL : Natación / Tenis.
Horas semanales: 4 - 4

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Carol Forero Gonzalez	CÉDULA No.	1026289001	CARGO:	Residente de Obra.
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:	Fontibón	TIPO DE VINCULACIÓN:	laboral.

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Chaleco	M	1	9/12/24	
2	Casco		1	9/12/24.	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531 [illegible].
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carol Forero G.

CÉDULA No: 1026289001

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 09/12/24	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** DANIEL FELIPE TALERO ROJAS
CARGO: INSPECTOR DE OBRA	**CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:** LOCALIDAD KENNEDY

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR	X	Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	X	Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	X	Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

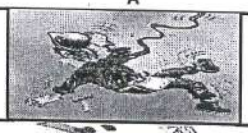
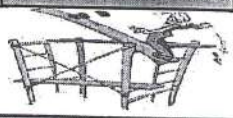
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	**1.** Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	**2.** Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	**3.** Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	**4.** Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris		Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde		Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul		Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo		Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

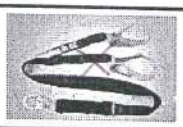
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

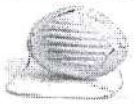
7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.














8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


ACTO


CONDICIÓN


ACTO



CONDICIÓN



CONDICIÓN


CONDICIÓN


CONDICIÓN


ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1

FRENTE DE OBRA : LOCALIDAD KENNEDY	**Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ** Andrea Mora	**Fecha Publicación** 0

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA	09/12/2024	**CONTRATISTA**	DANIEL FELIPE TALERO ROJAS

1. CARGO: INSPECTOR DE OBRA

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	X	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	X	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	X	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	X	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	X
	Bacterias	X		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	X		Fibras	X		Esfuerzo	X		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	X
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria	X		Líquidos (nieblas y rocíos)	X		Movimiento repetitivo	X		**Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	X
	Riketsias	X		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	X		Gases y vapores	X		Manipulación de cargas	X		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	X
	Parásitos	X		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	X		Humos metálicos y no metálicos	X					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	X
	Picaduras	X		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	X		Material particulado	X					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	X
	Mordeduras	X		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	X									
	Fluidos	X												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	X	**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	X
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	X		**Terremoto**	X
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	X		**Vendabal**	X
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	X		**Inundación**	X
	Accidentes de tránsito	X		**Derrumbe**	X
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	X		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	X
	Trabajo en alturas	X			
	Espacios Confinados	X			

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	DANIEL F. TALERO ROJAS
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mora
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	DANIEL FELIPE TALERO R.	CÉDULA No.	1030634359	CARGO:	INSPECTOR DE OBRA
DEPENDENCIA	OBRA LOCALIDAD KENNEDY	AREA:	TÉCNICA	TIPO DE VINCULACIÓN:	OBRA LABOR.

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	CASCO		1	09/12/24	
2	CHALECO	L	1	09/12/24	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:		CÉDULA No.	
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: DANIEL F. TALERO

CÉDULA No: 1030634359

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Daniel Felipe Talero Rojas	**Numero Cédula**		**Teléfono**	3125150807
Cargo	Inspector de obra	**RH**	A+	**Dirección**	Kr 73c # 42-21 sur	**localidad**	Kennedy
Correo Electrónico		daniel.taleror@gmail.com		**Fecha ingreso**	29/11/24
Persona de contacto		Claudia Rojas		**Teléfono**	3134317047

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. X 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. X Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. X Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. X Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. X De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. X No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. X Si
b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. X SI
___ Semanal
_X_ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. X SI
CUAL : Pesas
Horas semanales: 5 Horas

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea More
Datos Generales	
FECHA: 04-12-2024	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Jessica Paola Marchan
CARGO: Residente de Obra	**CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:** Sede Ejecutiva.

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

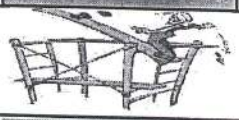
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(3)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(2)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

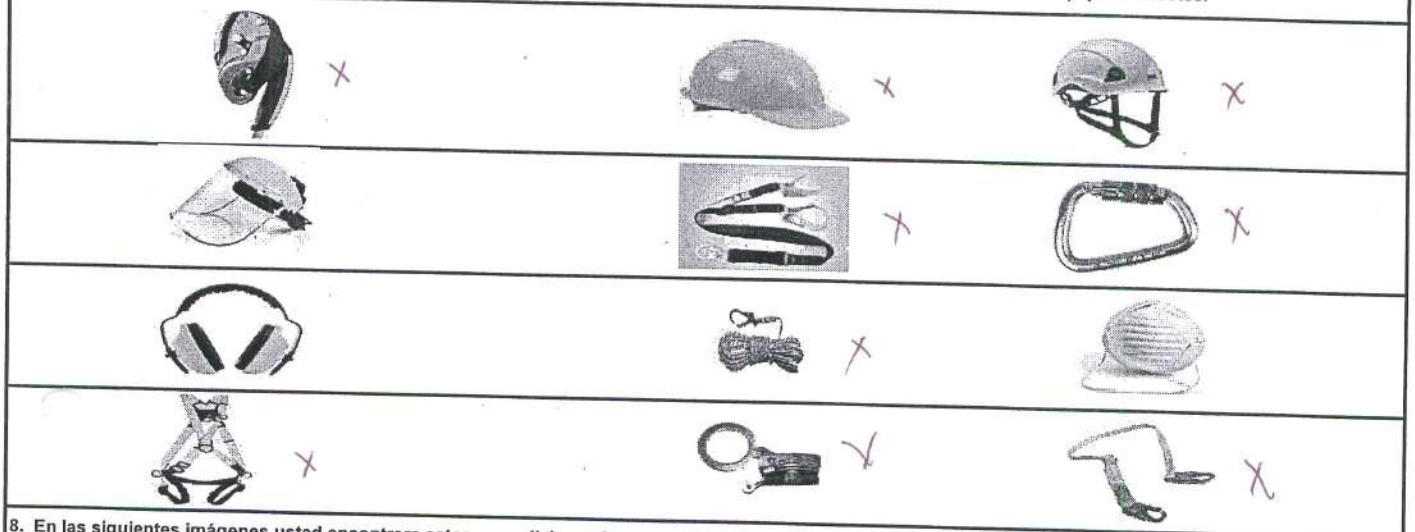
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con químicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.

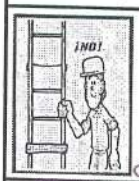

Acto


condición


Acto



condición



condición


Acto


condición



ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

FIRMA DEL EVALUADO

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Jessika Polo Marchan	Numero Cédula	1053838536	Teléfono	3204249774
Cargo	Residente Obra	RH	O+	Dirección	Calle 152 # 54-56
localidad	Mozorem.				
Correo Electrónico	residenteengotivas37@gmail.com			Fecha ingreso	25/7/2024
Persona de contacto	Marion Adone			Teléfono	370307 4338

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
x 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
x Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
x Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
x Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
x Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
x Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
x Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
x Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
x De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si b. x No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. x NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
x SI
CUAL : Trotar, Gimnasio
Horas semanales: _____

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Jessika Michan	CÉDULA No.	1058038536	CARGO:	Residente de Obra
DEPENDENCIA	OBRA Engativa	AREA:	Técnica	TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra labor

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	chaleco		1	09-12-2024	
2	casco		1	09-12-2024	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531144
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1058038536

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE Andrea More	Responsable: Andrea More
Datos Generales	
FECHA: 08-12-2024.	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Luz Alfonso Barbosa.
CARGO: Electricista	**CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:**

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	✓	**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
X b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO INFRAESTRUCTURA SED?		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

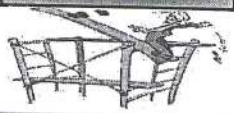
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

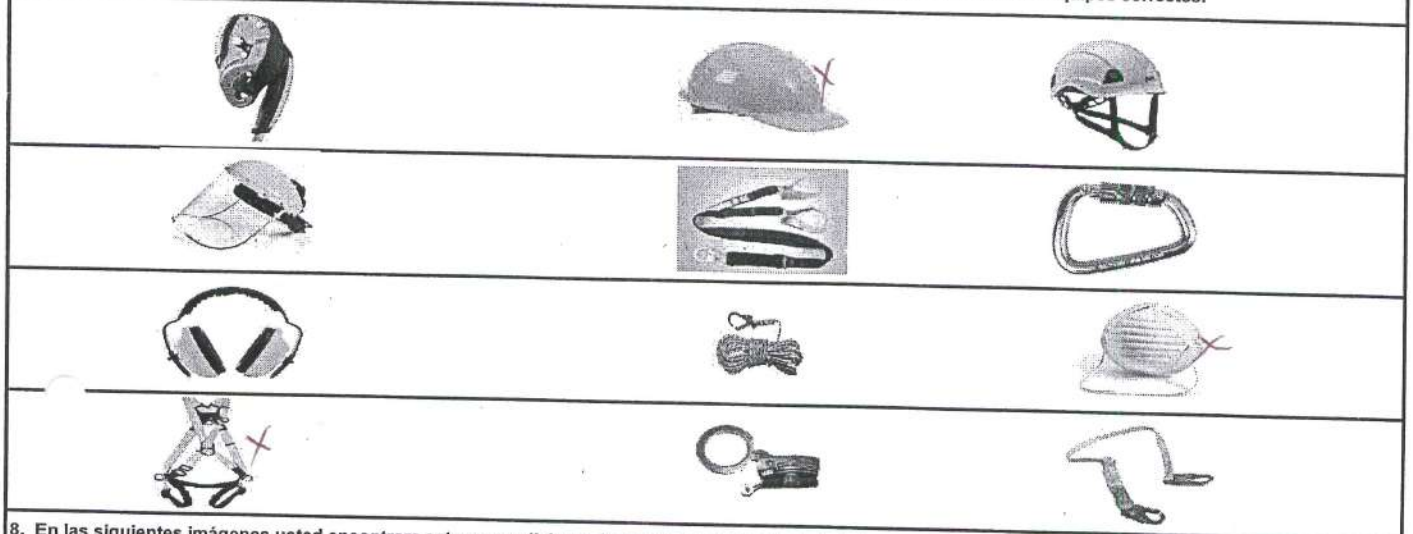
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.



Acto



Condicion



Acto



condicion



Condicion



Acto



condicion



ACTO INSEGURO

Acto

FIRMA DE EVALUADOR

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

FIRMA DEL EVALUADO

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Jose Alfonso Barbosa	Numero Cédula	79597144	Teléfono	3112902535
Cargo	Electricista	RH	At	Dirección	carrera 96B #18-15	localidad	fontibon
Correo Electrónico		J.barbosa2312@Hotmail.com		Fecha ingreso	06/12/2024
Persona de contacto		Diana Lis Mroca		Teléfono	3004169511

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más X

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre X
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre X
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas X
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo X
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada X
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte X
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. X
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años X

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si b. No X

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO X
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO X
b. SI
CUAL : _____
Horas semanales: _____

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST	02/12/2024
	SST-GT-FR-06	Versión: 0.0

Fecha: 06-12-2024	**Lugar:** Oficina GT.
Nombre de la capacitación: Riesgos	
Nombre del trabajador: Jose Alfonso Rodosa	**CC:** 79 597 144
Área: Electri.	**Cargo:**

Ítem	Pregunta	Falso	Verdadero
1	¿Las políticas del SG SST, evidencian el compromiso del Representante Legal en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad laboral?	✓	✓
2	Es accidente de trabajo: aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.		✓
3	¿Cuando ocurre un accidente de trabajo, debo reportar de inmediato a la ARL, Representante de SST, Jefe Inmediato y Representante Legal?		✓
4	Mencione 2 peligros a los que esta expuesto durante el desarrollo de sus actividades * Choques Electricos * Machucones y Golpes		
5	**Seleccione la respuesta correcta** 1. Es responsabilidad del empleador: A. Definir, firmar y publicar una politica de seguridad y salud en el trabajo, Realizar un plan anual de trabajo, Permitir la participacion de los trabajadores en actividades de seguridad y salud. B. Rendir cuentas al interior de la empresa, cumplir los requisitos legales, Asignar y comunicar responsabilidades, Definir un presupuesto tecnico, tecnologico y humano para el SGSST. C. Gestionar los peligros y riesgos, Asignar una persona para la direccion del area de seguridad y salud en el trabajo. D. Todas las anteriores		
6	2. Es responsabilidad del trabajador: A. Procurar el cuidado integral de su salud, Suministrar informacion clara, veraz y completa sobre su estado de salud, Cumplir con las normas y reglamentos internos de la compañia, Informar oportunamente al empleador acerca de los peligros latentes en el lugar de trabajo, Participar en actividades de capacitacion, Participar y contribuir al al cumplimiento de objetivos del SGSST. B. Definir un presupuesto del SGSST, Comunicar las responsabilidades a los trabajadores, Realizar capacitaciones. C. Ninguna es correcta D. Todas son correctas		

Calificación	
Firma del capacitador:	✓
Firma del asistente:	

Catherine Chisacá

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ	Fecha Publicación

Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control

FECHA	05/12/2024	CONTRATISTA	José Alfonso Barbosa

1. CARGO:

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos		BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)		PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias			**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	✓
	Hongos			**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo	✓		**Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	✓
	Riketsias			**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas			**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos			**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	✓		Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	✓
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	✓		Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos													

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	Sismo	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		Terremoto	✓
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	✓		Vendabal	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		Inundación	✓
	Accidentes de tránsito	✓		Derrumbe	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	José Alfonso Barbosa
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	LISTADO ASISTENCIA ACTIVIDADES DEL SG SST Código: SST-GT-FR-21	02/12/2024 Versión:00

Fecha: 06-12-2024 **Hora:** 9:15

Lugar: GT

Tipo de actividad: Charla____ Capacitación____ Inducción___/ Reinducción___ Otro:Cual? _____

Nombre de la actividad: Ingreso Obra

Temas tratados: Manejos Electricos

ASISTENTES

Item	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1	José Alfonso Barbosa	79597144	Electricista	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nombre Capacitador: Andrea Mora.	**Empresa:** Obras GT.
Cargo: Ing SST	**Firma:**

Catherine Chisacá Ruiz

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	José alfonso B	CÉDULA No.	79597144	CARGO:	Electricista
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	Proyecto

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Botas	39	1	04/12/24	
2	Overol	L	1	04/12/24	
3	Casco blanco	L	1	04/12/24	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Johana Catherine Chisacá León	CÉDULA No.	52486951
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: José Alfonso Barbosa

CÉDULA No: 79597144

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 02 Noviembre 2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fabio Gomez
CARGO: electricista	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	✓	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m. ✓
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(1)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(4)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR	X	Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT	X	Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	X	Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?	X	Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	X	Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

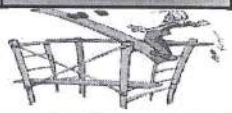
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(1)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.














8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.


acto


condicion



acto



condicion



acto







ACTO INSEGURO

FIRMA DE EVALUADOR	FIRMA DEL EVALUADO
	Fabio Gomez

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	**Cargo Responsable** Auxiliar SST HSEQ	**Fecha Publicación**
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	02 noviembre	**CONTRATISTA**	

1. CARGO:

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	✓	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias			**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	✓
	Hongos	✓		**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria	✓		Líquidos (nieblas y rocíos)	✓		Movimiento repetitivo	✓			
	Riketsias	✓		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos	✓		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	✓		Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	✓
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	✓		Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓			✓						
	Fluidos	✓			✓									

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	✓	**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		**Terremoto**	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	✓		**Vendabal**	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		**Inundación**	✓
	Accidentes de tránsito	✓		**Derrumbe**	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	✓			

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo						✓	
c. Permisos de Trabajo						✓	
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)						✓	
e. Señalización						✓	
f. Cumplimiento de normas						✓	
g. Otros						✓	

NOMBRE COLABORADOR	Pedro Gomez
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mar
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Fabio Gomez		Numero Cédula	7992462	Teléfono 3203558693
Cargo	electricista	RH O+	Dirección	carrera 59B #77C58	localidad ciudad bolivar
Correo Electrónico		fabiogomezo@gmail.com		Fecha ingreso	02 Diciembre
Persona de contacto		Sandra Rojas		Teléfono	3024077485

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años ✓
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre ✓
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre ✓
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas ✓
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo ✓
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada ✓
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte ✓
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. ✓
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. No ✓
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
b. No ✓

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO ✓
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI ✓
CUAL :_____
Horas semanales:_____

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Pablo Gomez	CÉDULA No.		CARGO:	
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	chaleco	L	1	09-12-2024	
2	casco		1	09-12-2024	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	1033114...
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Pablo Gomez

CÉDULA No:

Johanna Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 06-11-24.	**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Orlando Pablos M.
CARGO: Director de Obra.	**CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:**

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		**RE-INDUCCIÓN:**	X

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

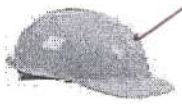
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

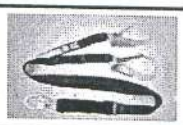
Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

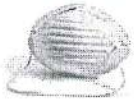
A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.

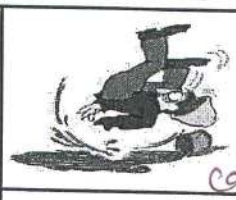







8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.

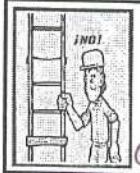

Acto


Condicion


Acto



Condicion



Condicion


Acto


Condicion



ACTO INSEGURO
Acto

FIRMA DE EVALUADOR		FIRMA DEL EVALUADO	
		Orlando Rubles M.	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.888.750-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	**Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ** Andrea Flor	**Fecha Publicación**
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA 06-11-24.	**CONTRATISTA**
1. CARGO: Director de Obra.	

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	x	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	x	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	x	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	x	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	x
	Bacterias	x		**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	x		Fibras	x		Esfuerzo			**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Hongos	x		**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo	x			x
	Riketsias	x		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	x		Gases y vapores	x		Manipulación de cargas	x		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	x
	Parásitos	x		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	x		Humos metálicos y no metálicos	x					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	x
	Picaduras	x		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	x		Material particulado	x					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	x
	Mordeduras	x		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	x									
	Fluidos													

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	x	**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	x
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	x		**Terremoto**	x
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	x		**Vendabal**	x
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	x		**Inundación**	x
	Accidentes de tránsito	x		**Derrumbe**	x
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	x		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	x
	Trabajo en alturas	x			
	Espacios Confinados	x			

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Orlando Robles
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Flor
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.686.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Orlando Robles M.	Numero Cédula	91.298.682	Teléfono	3157673677
Cargo	Director Obra	RH B+	Dirección	Calle 151 Bis #115-81	localidad	Suba.
Correo Electrónico	orlygerencia73@gmail.com		Fecha ingreso	22 Nov-2024	
Persona de contacto	Alba Luz Guerra de la Rosa		Teléfono	3164324482.	

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI
CUAL : _____
Horas semanales: _____

JOHANA CATHERINE CHISACA LEON
RESIDENTE SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Orlando Rubiel	CÉDULA No.	91.298.682	CARGO:	Director de Obra
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:	Tecnica	TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra o Labor.

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco		1	09-12-24	
2	Chaleco		1	09-12-24	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531 [illegible]
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 91298682

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora
Datos Generales	
FECHA: 29/11/2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Sharon Danny Chaparro Sevse
CARGO: Residente de Obra	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: Localidad Kennedy

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		**RE-INDUCCIÓN:**	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de: 2.0 m

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermadad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

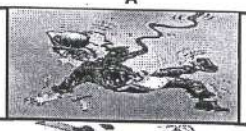
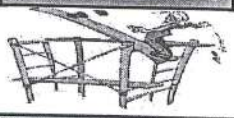
4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

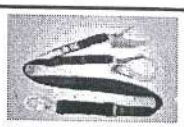
Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A	B
Alturas 	Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios 	identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp 	Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad 	Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.

 X
 X
 X

 X
 X

 X

 X

 X

8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.

 acto
 condicion
 acto
 condicion
 condicion
 acto
 condicion

ACTO INSEGURO acto

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA: Localidad Kennedy	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ: Andrea Mora	Fecha Publicación: 29/11/24
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	29/11/2024	CONTRATISTA	CONSORCIO GT

1. CARGO:

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	**Ruido** (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias			**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia	✓		Fibras	✓		Esfuerzo	✓		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la **Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	✓
	Hongos	✓		**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria			Líquidos (nieblas y rocíos)			Movimiento repetitivo				
	Riketsias	✓		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos	✓		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	✓		Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	✓
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	✓		Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓			✓									

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o ffluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	**Sismo**	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		**Terremoto**	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	✓		**Vendabal**	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		**Inundación**	✓
	Accidentes de tránsito	✓		**Derrumbe**	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados	✓			

3. CONTROLES							
a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Sharon D Chaparro S
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mora
FIRMA	

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Sharon D Chaparro S	Numero Cédula	1030628005	Teléfono	3202200734
Cargo	Res de Obra	RH	O+	Dirección	Calle 5 a # 81 a 85
localidad	Kennedy				
Correo Electrónico	Sharondance19@gmail.com			Fecha ingreso	29/11/2024
Persona de contacto	Carmen Sosa			Teléfono	3208548345

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
(c) 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
(b) Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
(d) Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
(b) Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
(b) No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
(b) No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a) NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
(b) SI
CUAL : Correr
Horas semanales: _____

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Sharon Chaparro	CÉDULA No.	1030628001	CARGO:	Residente de Obra
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra Labor

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Chuleco	S	1	04/12/2024	
2	Casco		1	09/12/2024	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	3553[illegible]
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1030628001

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable:
Datos Generales	
FECHA: 9-12-2024	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Catherine Chisacá
CARGO: Residente SST MA	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO:

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:	X	RE-INDUCCIÓN:	

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. X 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	(1)	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO:		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

a QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	1. Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
b QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	2. Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
c COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	3. Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
d QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	4. Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

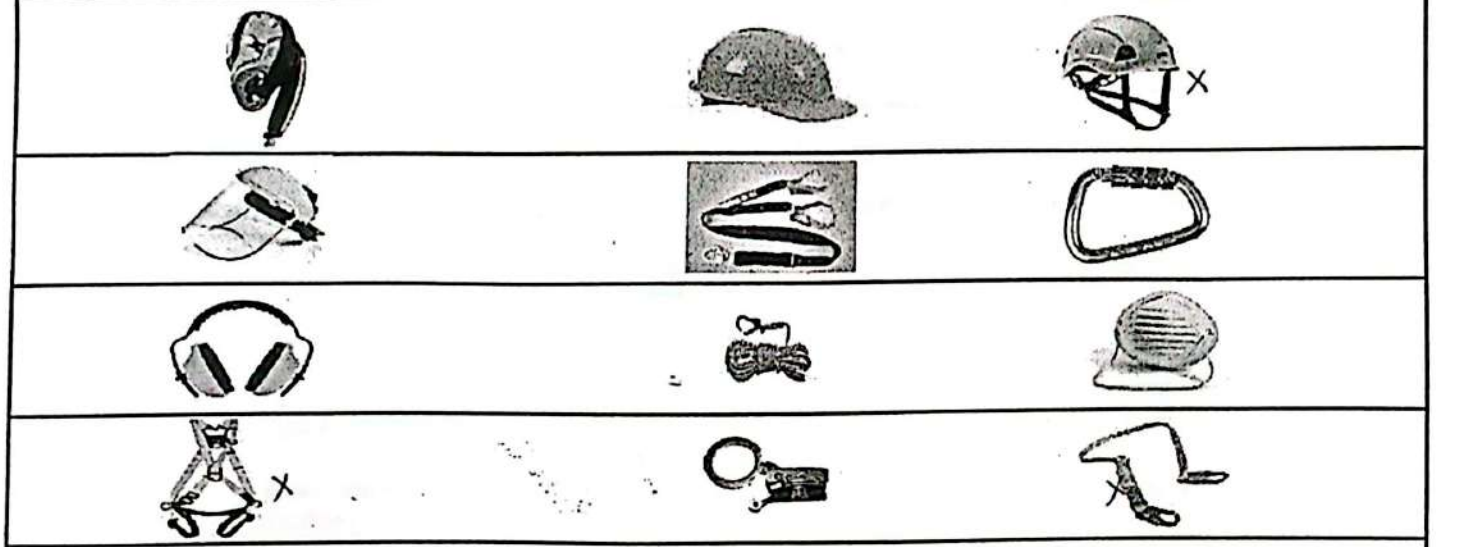
5. Relacione con una linea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

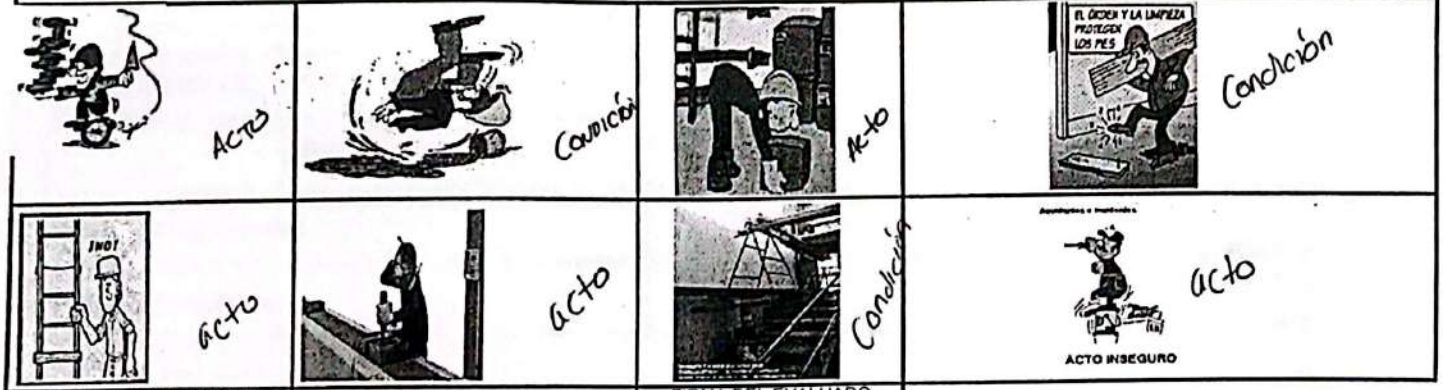
6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.



FIRMA DE EVALUADOR

Catherine Chisaca

FIRMA DEL EVALUADO

Catherine Chisaca

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.384.7764	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Tatiana Catherine Chaves	Numero Cédula	52496951	Teléfono	3153704261
Cargo	Residente SST	RH	O+	Dirección	Cll 12 # 86-55
Localidad	Fontibón				
Correo Electrónico	catechaves@hotmail.com			Fecha ingreso	2 DIC 2024
Persona de contacto	Mercedes León			Teléfono	3002709995

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
X 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
X Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
X Labores domésticas
c. Recreación y deporte
X Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L)
a. Mínimo Legal (S.M.L)
X Entre 1 a 3 S.M.L
c. Entre 4 a 5 S.M.L
d. Entre 5 y 6 S.M.L
e. Más de 7 S.M.L

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
X Más 5 años

10. LE HAN DIAG ENFERMEDAD
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si
X b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
X b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI
CUAL: _____
Horas semanales: _____

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.884.736-8	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA :	Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ	Fecha Publicación
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	09-17-2024	CONTRATISTA	CONSORCIO OBRAS GT

1. CARGO:

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	FÍSICOS	Ruido (de impacto, intermitente, continuo	✓	QUÍMICOS	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	BIOMECÁNICOS	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	PSICOLABORAL	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias	✓		Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia			Fibras	✓		Esfuerzo	✓		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	✓
	Hongos			Vibración (cuerpo entrero, segmentaria	✓		Líquidos (nieblas y rocíos)	✓		Movimiento repetitivo	✓		Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	
	Riketsias			Temperaturas extremas (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos			Presión atmosférica (normal y ajustada)	✓		Humos metálicos y no metálicos	✓					Interfase persona-tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la	✓
	Picaduras	✓		Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa)	✓		Material particulado	✓					Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		Radiaciones no ionizantes (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	FENÓMENOS NATURALES	Sismo	✓
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		Terremoto	✓
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), Superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), Condiciones de orden y aseo (caída de objetos)	~		Vendabal	✓
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		Inundación	✓
	Accidentes de tránsito	✓		Derrumbe	✓
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓
	Trabajo en alturas	✓			
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES							
a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Cortesino Chisaca
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	
FIRMA	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO EVALUACION INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN	*Versión: 2* *Fecha: 04-02-2024*

Proceso: HSE	Responsable: Andrea Mora.
Datos Generales	
FECHA: 20-01-2024.	NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose david Castro
CARGO: Conductor	CENTRO DE TRABAJO ASIGNADO: conductor GT

NOTA: Es importante que lea muy bien el contenido de las preguntas a nivel de Seguridad, Salud en el Trabajo y Medio Ambiente antes de responderlas, con el fin de obtener un resultado óptimo en la evaluación.

INDUCCIÓN:		**RE-INDUCCIÓN:**	✓

Marque con una X la respuesta correcta.

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 4272 de 2021, trabajo en alturas se considera a partir de:

a. 1.70 m.
b. 2.0 m.
c. 150 m.
d. Todas las anteriores.

2. En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

INCIDENTE	(3)	1	La que adquiere el trabajador por la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar y el cual se reporta de manera inmediata a su jefe.
ACCIDENTE LABORAL	(4)	2	Es toda aquella enfermedad que se genero fuera de la actividad laboral
ENFERMEDAD LABORAL	( )	3	Es el suceso que no hay por resultado una lesion y se puede denominar CASI-ACCIDENTE.
ENFERMEDAD GENERAL	(2)	4	El ocurrido al trabajador dentro de la empresa, mientras ejecuta labores para las cuales fue contratado.

3. En las siguientes opciones una con una linea según corresponda:

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE		Informar sobre cualquier acto o condición insegura,Informar siempre sobre su estado de salud y cumplir con las normas de seguridad,Usar adecuadamente los elementos de proteccion personal.
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR		Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo,Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales,Pagar a tiempo a los trabajadores su seguridad social, suministrar los EPP necesarios para que desarrollen los trabajos con seguridad.
CUALES SON LAS POLITICAS DEL CONSORCIO OBRAS GT		Es un documento donde se encuentra un proceso logico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye una planificiacion, una aplicación, una evaluacion y acciones de mejora. (ciclo PHVA)
QUE ES EL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?		Politica de prohibicion de consumo de alcohol, tabaco y drogas. Politica de seguridad y salud en el trabajo, Politica de epp.
CUALES SON LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO LAS CUALES DEBEMOS DE FIRMAR UN PERMISO DE TRABAJO?		Es un documento de suma importancia en toda empresa, debido a que se convierte en norma reguladora de las relaciones internas de la empresa con el trabajador
QUE ES EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		Trabajos en caliente, trabajos en alturas, trabajo en espacios confinado, sustancias peligrosas

4 En los parentisis coloque el numero de la respuesta correcta:

QUE ES LA BRIGADA DE EMERGENCIA	(2)	**1.** Se identifican con un un brazalete de brigadistas.
QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA	(4)	**2.** Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia.
COMO ESTAN IDENTIFICADOS LOS BRIGADISTAS	(1)	**3.** Es el sonido prologado de sirenas, pitos, etc.
QUE ES LA ALARMA DE EMERGENCIA	(3)	**4.** Mantener la calma, seguir rutas de evacuacion, llegar al punto de encuentro y seguir instrucciones del brigadistas.

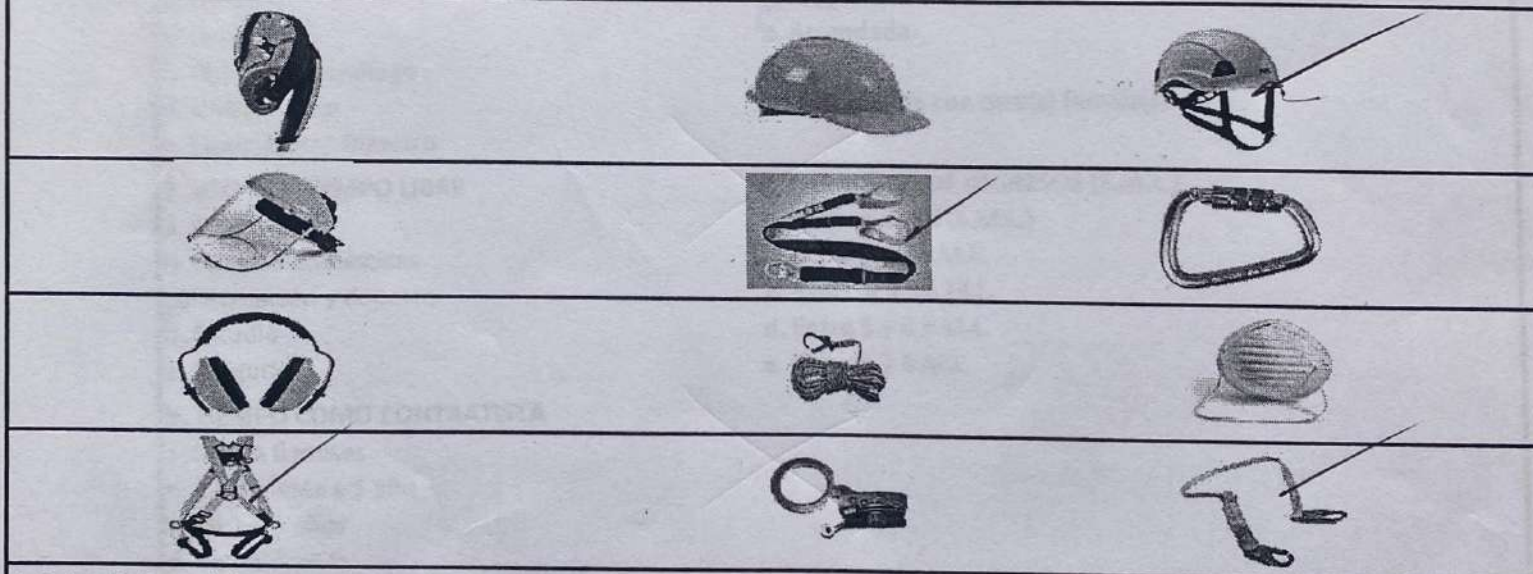
5. Relacione con una línea como deben estar clasificados los residuos correctamente:

Gris	Residuos orgánicos(desperdicios de comida, embolturas de golosinas, embolturas de paquete, basura, barrido)
Verde	Papel y cartón(hojas de cuaderno,cajas)
Azul	Residuos peligrosos(bolsas de cemento, hicopor,tarros de soldadura,todo lo que este contaminado con quimicos y combustible, epp)
Rojo	Plástico(vinipel,polietileno,bolsas normales,botellas)

6. Relacione la casilla A con la casilla B con una linea

A		B
Alturas		Identificacion de peligros, utilizacion de Elementos de proteccion personal adecuados para la activida especifica.
Andamios		identiticación de peligros, señalización, bloqueos de energia.
Uso de epp		Verificar de piezas del equipo, instalacion de equipo, realizar analisis de trabajo, realizar la tarea.
Electricidad		Verificacion de equipos, colocarse los equipos, verificacion del campo de trabajo, firma de permiso, anclarse, realizar la tarea.

7. Que equipos de Protección Individual se utilizan para cualquier actividad para trabajar en alturas, marcar con una X los equipos correctos.



8. En las siguientes imágenes usted encontrara actos y condiciones inseguras, poner al lado de la imagen si es acto o condición según corresponda.



Acto



Condicion



Acto



Condicion



condicion



Acto



condicion



ACTO INSEGURO

Acto

FIRMA DE EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

JOHANA CATHERINE CHISACA LEON
RESIDENTE SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	PERFIL SOCIODEMOGRTAFICO	SST-GT-FR-26

Nombre	Jose dario Castro	Numero Cédula	4198.494	Teléfono	311 8861792.
Cargo	Conductor	RH	O+	Dirección	cll 66 Asor II 72 22
localidad	Perdomo				
Correo Electrónico				Fecha ingreso	11-01-2020
Persona de contacto	Nohora			Teléfono	312 446 6605

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 persona
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. LE HAN DIAG **ENFERMEDAD**
a. Si
b. No
c. Cual : _____

11. FUMA
a. Si b. No

12. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
X Ocasional

13. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI
CUAL :_____
Horas semanales:_____

JOHANA CATHERINE CHISACA LEON
RESIDENTE SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.888.750-6	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	CÓDIGO: F-112 REVISIÓN: 1
FRENTE DE OBRA : GT	**Cargo Responsable Auxiliar SST HSEQ** Andrea Mora	**Fecha Publicación** 20-12-24
Objetivo del Formato: Notificar los riesgos a los que está expuesto el personal, así como los mecanismos de control		

FECHA	20-12-24	**CONTRATISTA**	

1. CARGO: Conductor

2. FACTORES DE RIESGO (marque con una x los factores de riesgo de exposición según corresponda)

BIOLÓGICOS	Virus	✓	**FÍSICOS**	**Ruido** (de impacto, intermitente, contínuo	✓	**QUÍMICOS**	Polvos Orgánicos e inorgánicos	✓	**BIOMECÁNICOS**	**Postura** (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	**PSICOLABORAL**	**Gestión organizacional** (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	✓
	Bacterias			**Iluminación** (luz visible por exceso o deficiencia			Fibras			Esfuerzo	✓		**Características de la organización del trabajo** (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la	
	Hongos	✓		**Vibración** (cuerpo entrero, segmentaria	✓		Líquidos (nieblas y rocíos)	✓		Movimiento repetitivo			**Características del grupo social de trabajo** (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo enequipo)	✓
	Riketsias	✓		**Temperaturas extremas** (calor y frío)	✓		Gases y vapores	✓		Manipulación de cargas	✓		**Condiciones de la tarea** (carga mental, contenido de la tarea, edmandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	✓
	Parásitos	✓		**Presión atmosférica** (normal y ajustada)	✓		Humos metálicos y no metálicos	✓					**Interfase persona-tarea** (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento. identificación de la	✓
	Picaduras	✓		**Radiaciones ionizantes** (rayos X, gama, beta y alfa)	✓		Material particulado	✓					**Jornada de trabajo** (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	✓
	Mordeduras	✓		**Radiaciones no ionizantes** (láser, uv, infraroja, radiofrecuencia, microondas)	✓									
	Fluidos	✓												

CONDICIONES DE SEGURIDAD	**Mecánico** (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓	**FENÓMENOS NATURALES**	**Sismo**	
	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	✓		**Terremoto**	
	Locativo (sistemas y mdios de almacenamiento), **Superficies de trabajo** (irregulares, deslizantes, don diferencia de nivel), **Condiciones de orden y aseo** (caída de objetos)	✓		**Vendabal**	
	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	✓		**Inundación**	
	Accidentes de tránsito			**Derrumbe**	
	Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público etc)	✓		**Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)**	
	Trabajo en alturas				
	Espacios Confinados				

3. CONTROLES

a. Uso de EPP	Botas	Casco	Gafas	Prot. Respiratoria	Guantes	Equipo Alturas	Otros
b. Procedimientos Seguros de Trabajo							
c. Permisos de Trabajo							
d. Análisis de riesgo (ATS, hazop, bow tie, etc)							
e. Señalización							
f. Cumplimiento de normas							
g. Otros							

NOMBRE COLABORADOR	Jorge Jairo Castro Lopez
FIRMA	

NOMBRE AUXILIAR SST	Andrea Mora
FIRMA	

JOHANA CATHERINE CHISACA LEON
RESIDENTE SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Adriana Castellanos	CÉDULA No.	1019119279	CARGO:	Inspector técnico
DEPENDENCIA	OBRA Engativa	AREA:	Técnica	TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra labor

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Chaleco		1	09-12-24	
2	Casco		1	09-12-24	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mon	CÉDULA No.	1033731444
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1019119279

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT	ENTREGA DE	CODIGO: GT-PA02-02
		VERSION DEL REGISTRO: 2
NIT: 901.886.750-6	EQUIPO	PAGINA: 1 de 1

CONTRATO 9176-2024 SDIS

OBRA:	*REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO*

FECHA: 09-12-24

RECIBIO: **ENTREGO:** STEFANY VILLALBA

ITEM	EQUIPO	UNIDAD	CANT.	OBSERVACIONES
1	CHALECOS	UNIDAD	11	
2	BOTAS ELECTRICAS TALLA 39	UNIDAD	1	
3	CASCOS BLANCOS	UNIDAD	11	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
15				
16				

ELABORO	APROBO	FECHA DE VIGENCIA
Coordinador de Calidad	Gerente	dic-24

CII. 99 No. 49-38 Ofc. 509 TELEFONO: 7458097 BOGOTA D.C.
G.torres.d@hotmail.com

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	JUAN CAMILO QUINTERO	CÉDULA No.	1033689993	CARGO:	INSP. OBRA
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	chaleco	1	1		
2	Casco.		1		
3	Gafas Petas		1.		
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:		CÉDULA No.	
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1033 689 993

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Carol Forero Gonzalez	CÉDULA No.	1026289001	CARGO:	Residente de Obra.
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:	Fontibón	TIPO DE VINCULACIÓN:	laboral.

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Chaleco	M	1	9/12/24	
2	Casco		1	9/12/24.	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531 [illegible].
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Carol Forero G.

CÉDULA No: 1026289001

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	DANIEL FELIPE TALERO R.	CÉDULA No.	1030634359	CARGO:	INSPECTOR DE OBRA
DEPENDENCIA	OBRA LOCALIDAD KENNEDY	AREA:	TÉCNICA	TIPO DE VINCULACIÓN:	OBRA LABOR.

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	CASCO		1	09/12/24	
2	CHALECO	L	1	09/12/24	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:		CÉDULA No.	
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: DANIEL F. TALERO

CÉDULA No: 1030634359

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Jessika Michan	CÉDULA No.	1058038536	CARGO:	Residente de Obra
DEPENDENCIA	OBRA Engativa	AREA:	Técnica	TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra labor

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	chaleco		1	09-12-2024	
2	casco		1	09-12-2024	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531144
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1058038536

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	José alfonso B	CÉDULA No.	79597144	CARGO:	Electricista
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	Proyecto

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Botas	39	1	04/12/24	
2	Overol	L	1	04/12/24	
3	Casco blanco	L	1	04/12/24	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Johana Catherine Chisacá León	CÉDULA No.	52486951
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: José Alfonso Barbosa

CÉDULA No: 79597144

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Pablo Gomez	CÉDULA No.		CARGO:	
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	chaleco	L	1	09-12-2024	
2	casco		1	09-12-2024	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	1033114...
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Pablo Gomez

CÉDULA No:

Johanna Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Orlando Rubiel	CÉDULA No.	91.298.682	CARGO:	Director de Obra
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:	Tecnica	TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra o Labor.

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Casco		1	09-12-24	
2	Chaleco		1	09-12-24	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	35531 [illegible]
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 91298682

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÒN SST-GT-FR-05	02/12/2024 Versión: 00

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL

1. DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA

NOMBRE:	Sharon Chaparro	CÉDULA No.	1030628001	CARGO:	Residente de Obra
DEPENDENCIA	OBRA	AREA:		TIPO DE VINCULACIÓN:	Obra Labor

2. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACION ENTREGADOS ITEM	EPP O DOTACION ENTREGADA:	TALLA	CANTIDAD	FECHA	OBSERVACIONES
1	Chuleco	S	1	04/12/2024	
2	Casco		1	09/12/2024	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE:	Andrea Mora	CÉDULA No.	3553[illegible]
CARGO:	RESIDENTE SSTMA	FIRMA:	

4. COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los Elementos de Protección Personal y Dotación que se recibe y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a la normatividad laboral vigente. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Si durante el tiempo de vida de mis elementos de protección personal y dotación, los llegara a perder autorizo para que automáticamente sean descontados de mi salario y me autoricen unos nuevos.

Usando los equipos y Elementos de Protección Personal estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso de la dotación y Elementos de Protección Personal so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los Elementos de Proteccion Personal y la dotación entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CÉDULA No: 1030628001

Johana Catherine Chisacá León
Residente SSTMA

CONSORCIO OBRAS GT

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS
(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, Caliente, Eléctrico)

FECHA: 20-07-2023

Fecha de expedición	Validez	Trabajo en ALTURAS ☑	Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐	Trabajo en CALIENTE ☐	Permiso de trabajo No.
21 07 23	Desde 01 Hasta 04.	Trabajo en EXCAVACIÓN ☐	Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐	Otro ☐	

ALTURA MAX. .

Solicitante: Wilson Diaz Cargo: Empresa (contratista):

Proyecto/Obra: oso de empaques

Área especifica: cubierta

Descripción y procedimiento de la tarea: se realiza retiro de pintura bajotea.

Marque ✓ ó x Una x simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	1	2	3	4	5	Firma del trabajador que realiza la actividad
1	HAROLD STEIDER CUBILLOS	1000 348 247						
2	Wilson Diaz	1030560613						
3	Andres Felipe	1023460344						
4	Sven Schedolira	1000 278 51						
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Nota

Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvia, fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación, desacato de normas de seguridad.

1- Seguridad social vigente: pago al día de EPS, AFP, ARL, parafiscales.

2- Competencias: ✓ Certificado como trabajador autorizado. ✓ Conoce procedimiento en caso de emergencia? ✓ Conoce/participó en la elaboración del ARO- ATS?

3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- EPP. ✓ Casco, ✓ Barbuquejo, ✓ Protección visual, ✓ Protección auditiva, ✓ Protección respiratoria, ✓ Guantes de _____, ___ Peto, ___ Botas de _____

5- Medidas activas de Protección: ✓ Arnés cuerpo completo, ___ Eslinga, ___ Mosquetón, ___ Freno, ___ Línea de vida, ___ Punto/dispositivo de anclaje.
___ los trabajos en suspensión; ___ silla de suspensión, ___ sistema de descenso, ___ línea de vida vertical en cuerda, ___ freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:
Escalera tipo Tijera	Extensiones

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	Área de trabajo cerrada, demarcada?	Área de trabajo aislada y demarcada?
☑ Se cuenta con listas preoperacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	Se cuenta con listas preoperacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	Se ha realizado medición de gases dentro del área?	Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas.	Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm	El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	Se ha(n) desconectado el(los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar
☑ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?	Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☑ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☑ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☑ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Se cuenta con motobombas disponibles?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
☐				Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.886.750-6

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS
(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, Caliente, Eléctrico)

FECHA: 20-07-2023

Fecha de expedición	Validez	☑ Trabajo en ALTURAS ☐ Trabajo en EXCAVACIÓN	☐ Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐ Trabajo con riesgo ELÉCTRICO	☐ Trabajo en CALIENTE ☐ Otro	Permiso de trabajo No.
07 / 01 / 23	Desde 7Am Hasta 4:30				

ALTURA MAX.

Solicitante: Wilson [illegible] Cargo: Contratista Empresa (contratista):
Proyecto/Obra: Spush [illegible]
Área especifica: Caliente
Descripción y procedimiento de la tarea: Se realizara Soldado Con Sierra Sobre altura.

Marque ✓ ó X Una X simboliza **NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR**

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	1	2	3	4	5	Firma del trabajador que realiza la actividad	Nota
1	Wilson Jose [illegible]	1073968110							**Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvia, fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación, desacato de normas de seguridad.**
2	Audry Martinez	1023911626							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

1- Seguridad social vigente: pago al día de EPS, AFP, ARL, parafiscales.
2- Competencias: ✓Certificado como trabajador autorizado. ✓Conoce procedimiento en caso de emergencia?. ✓Conoce/participó en la elaboración del ARO- ATS?
3- Condiciones físicas. Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, molestia actual que limite su labor, libre de alguna calamidad doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.
4- EPP. ✓Casco, ✓Barbuquejo, ✓Protección visual, ___Protección auditiva, ✓Protección respiratoria, ✓Guantes de ___, ___Peto, ___Botas de ___
5- Medidas activas de Protección: ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.
Para los trabajos en suspensión: ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar	Herramientas y/o equipos a utilizar:
Escalera	Destor pistola Caliente. Guantes

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o **N/A**, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
✓ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	Área de trabajo cerrada, demarcada?	Área de trabajo aislada y demarcada?
✓ Se cuenta con listas preoperacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	Se cuenta con listas preoperacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc)
✓ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
✓ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
✓ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1,2 m?	Se ha realizado medición de gases dentro del área?	Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
✓ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
✓ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas.	Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar.	El área está libre de materiales y químicas combustibles o inflamable?	Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentadores) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
✓ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?	Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
✓ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
✓ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
✓ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y atrapa-llamas?	Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
✓ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Se cuenta con motobombas disponibles?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
✓ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?.	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
✓	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

Documentos adjuntos que soportan el presente permiso: (Marque con ✓ N/A, según corresponda)
☐ ATS
☐ Preoperacionales para: ___Andamio ___Andamio Colgante, ___ Escaleras, ___Silla Colgante, ___Cortadora, ___Pulidora, ___Otro, ___

Firmas de emisión y revalidación

Se firma el presente permiso como constancia de haber verificado en el sitio la aplicación de los controles requeridos para minimizar los riegos asociados a este trabajo, considerando que es seguro proceder con la ejecución del trabajo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (Hora-Hora)	FIRMA DEL BRIGADISTA Y COORDINADOR SST.	FIRMA DEL AYUDANTE SEGURIDAD.	FIRMA DEL ENCARGADO DEL CONTRATISTA
07-1-23	7Am 4:30	[signature]		
08-1-23	7Am 4:30	[signature]		
09-1-23	7Am 4:30	[signature]		

TERMINACIÓN / CIERRE: (Coloque ✓ o X en cada casilla) como Inspector de SST: Personalmente declaro que:

___El trabajo ha sido terminado. ___El sitio y equipos quedan en condiciones de seguridad. ___Área en perfecto Orden y Aseo

FIRMA DEL DIRECTOR DE OBRA O DEL CONTRATISTA

SI EL TRABAJO HA SIDO TERMINADO, SE DEBEN NORMALIZAR LAS PROTECCIONES DE SEGURIDAD (CORTE, BLOQUEOS, ETC.)

CANCELACIÓN DEL TRABAJO

			Observación:
	Fecha	Hora	

CONSORCIO OBRAS GT
NIT. 901.040.750-6

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES CRITICAS
(Alturas, Excavación, Espacios Confinados, Caliente, Eléctrico)

FECHA: 20-07-2023

Fecha de expedición	Validez	Trabajo en ALTURAS ☑	Entrada a ESPACIOS CONFINADOS ☐	Trabajo en CALIENTE ☐	Permiso de trabajo No.
27 / 07 / 24	Desde 27 Hasta 28 -	Trabajo en EXCAVACIÓN ☐	Trabajo con riesgo ELÉCTRICO ☐	Otro ☑	1

ALTURA MAX. 10 mt.

Solicitante: Wilson Diaz Cargo: Empresa (contratista): GT obras.

Proyecto/Obra: Integracion Social Fontibon.

Área específica: cubierta

Descripción y procedimiento de la tarea:

Se inicia con el Retiro de .

Marque ✓ ó X Una X simboliza NO AUTORIZADO PARA TRABAJAR

#	Nombres y apellidos del trabajador que realiza la actividad	Identificación	1	2	3	4	5	Firma del trabajador que realiza la actividad
1	[illegible] CUBILLOS	100 384 [illegible]			✓			
2	Wineder Ballesteros	80843616			✓			
3	Wilson Diaz	79805093			✓			
4	Andres Felipe [illegible]	1069[illegible]						
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Nota: **Este permiso de trabajo es válido solamente hasta finalizar el turno de trabajo y para las condiciones existentes al momento de su expedición. El trabajo se suspende en cualquier momento si hay presencia de lluvia, fuertes vientos o tormentas, por cambios drásticos en la operación, desacato de normas de seguridad.**

1- **Seguridad social vigente:** pago al día de EPS, AFP, ARL, parafiscales.

2- **Competencias:** ___Certificado como trabajador autorizado. ✓Conoce procedimiento en caso de emergencia?. ✓Conoce/participó en la elaboración del ARO- ATS?

3- **Condiciones físicas.** Apto médicamente para alturas o actividades de alto riesgo. Libre de alguna patología que limite su actividad física actual. Libre de alteraciones visuales y/o auditivas. Libre de fatiga, dolor, malestar actual que limite su labor, libre de alguna condición o estado de salud doméstica, libre de efectos de drogas/sustancias alucinógenas.

4- **EPP:** ✓Casco, ___Barbuquejo, ___Protección visual, ___Protección auditiva, ___Protección respiratoria, ___Guantes de _____, ___Peto, ___Botas de _____

5- **Medidas activas de Protección:** ___Arnés cuerpo completo, ___Eslinga, ___Mosquetón, ___Freno, ___Línea de vida, ___Punto/dispositivo de anclaje.

para los trabajos en suspensión: ___silla de suspensión, ___sistema de descenso, ___línea de vida vertical en cuerda, ___freno (todos estos equipos deben ser certificados)

Sistemas de acceso a utilizar

Escalera Corta

Herramientas y/o equipos a utilizar:

palo. Escobas .

Medidas de seguridad verificadas en sitio (Marque con ___ o N/A, según corresponda)

ALTURAS	EXCAVACIÓN	ESPACIOS CONFINADOS	CALIENTE	ELÉCTRICO
☑ Área demarcada y señalizada? Advierte el peligro de caída de objetos y personas.	Bordes de la excavación, señalizados y demarcados?	Área de trabajo cerrada, demarcada y aislada completamente?	Área de trabajo cerrada, demarcada?	Área de trabajo aislada y demarcada?
☐ Se cuenta con listas preoperacionales diarias? (según corresponda, andamios, escaleras, etc.).	Se cuenta con listas preoperacionales diarias (según corresponda, escaleras, equipos, etc.)	Se han instalado barreras o guardas para restringir el paso de vehículos y personas?	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc)	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda, escaleras, equipos, etc)
☑ Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se cuenta con listas de verificación preoperacionales diarias? (según corresponda). Escaleras, equipos, etc.	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?
☑ Los trabajadores conocen el ATS y lo han firmado en señal de conocimiento?	Ingreso seguro y rutas de salida (min. 2 escaleras). Fosas > a 1.2 m de profundidad como mínimo cada 7.5 m distancia?	Se realizó el ATS y se verificó el cumplimiento de los controles?	Se encuentra disponible el equipo contra incendios, Extintor. Esta operativo?	Los equipos eléctricos y herramientas tienen buenas condiciones de aislamiento eléctrico?
☑ Se garantiza distancias de seguridad (5m) respecto a partes energizadas?	Las paredes están entibadas, si el terreno es inestable y la profundidad es mayor a 1.2 m?	Se ha realizado medición de gases dentro del área?	Equipo de corte y/o soldadura a ser usado esta en buenas condiciones de funcionamiento?	Se tienen señalizados los equipos intervenidos y no intervenidos?
☑ Se han definido y tomado todas las medidas de seguridad para garantizar el trabajo?	Los escombros están acomodados mínimo a 2 m del borde de la excavación?	Se cuenta con personal capacitado y entrenado en rescate y disponible durante la tarea?	Se cuenta con mamparas o barreras de protección?	Se ha instalado la conexión a tierra del sistema y/o equipos electrónicos utilizados?
☑ El sistema de acceso es estable y seguro? Escaleras, andamios, plataformas.	Se cuenta en el sitio con avisos, barreras, luces y cintas adecuadas para el aislamiento y demarcación diurna y nocturna?	Reunión de seguridad de pre-ingreso realizada: personal informado en procedimiento de rescate, asegurada rutas de escape - Ancho mínimo 60cm antes/entrar.	El área está libre de materiales y químicos combustibles o inflamable?	Se ha(n) desconectado el (los) circuito(s) o alimentador(es) principal(es) que energiza(n) la zona de trabajo para evitar cualquier tipo de reconexión?
☐ Los puntos de anclaje son seguros? Resistencia mínima de 5000 lb.	Se ha identificado el procedimiento para evitar daños a las tuberías y cables?	Fuentes de energías peligrosas están controladas o eliminadas?	Los equipos y alrededores están limpios, libres de aceite y/o químicos?	Se ha verificado la ausencia de tensión con el detector de voltaje?
☐ En trabajos de acenso y descenso, se cuenta con una línea de vida vertical por trabajador?	Está identificado el método de prevención de derrumbes para trabajar dentro, según la profundidad y tipo de suelo?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se aterrizó adecuadamente el equipo de soldadura?	La(s) persona(s) encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir durante la tarea?
☐ Todas las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caídas x accidente?	Se tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse?	Se encuentra disponible un extintor contra incendio?	Se aterrizó el equipo que genera electricidad estática?	Se requiere la presencia de una persona de SST o un brigadista durante la ejecución de la labor?
☒ Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han verificado los requerimientos de apuntalaje?	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros equipos requeridos?	El equipo de oxicorte cuenta con las válvulas de chequeo y antiflama?	Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo?
☑ Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Se cuenta con montacargas disponibles?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?
☑ El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Se han consultado otros permisos y se cumple con los requisitos de éstos?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?
☐	Condiciones climáticas adecuadas, libre de lluvias fuertes, tormentas eléctricas, etc.?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?	Se implementaron medidas de etiquetado y bloqueo?
☐	El personal cuenta con los EPP, equipos y herramientas apropiadas para la tarea?			Se siguen las 5 reglas de oro de seguridad eléctrica?

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS SST-GT-FR-03	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

1. GENERALIDADES

INICIO DE LA TAREA				FINALIZACION DE LA TAREA			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
02-01-25	01	2025	7Am	11	01	2025	100pm

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Picado de Concreto en Placa. Cubierta. Pintura interna.
DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA	Acceso escalera tipo Gato Subir herramienta Picado martillo. preces. Pintura interna
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	10 mtr cubierta.

2. OTRAS TAREAS DE ALTO RIESGO ASOCIADAS

MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN EXCAVACION	
TRABAJO ELECTRICO		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN FRIO		OTRO CUAL?	

3. PERSONAS QUE EJECUTAN EL TRABAJO

	NOMBRES Y APELLIDOS	N /DE DOCUMENTO	Punto de Anclaje SI-NO-N/A		SEGURIDAD SOCIAL	Curso alturasSI /NO		FIRMA
1	Wilmer Hernandez	1073968408			Sura	SI		Wilmer Hernandez.
2	Andres Felipe Jimenez	1023962988			Sura	SI		
3	SNEYDER CUBILLOS	1006348247			Sura	SI		SNEYDER C.
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

4. REQUISITOS DE LOS TRABAJADORES (Marque Si / No según corresponda)

Manifiesto que la información de salud suministrada en el presente permiso es veridica y se me a sido informado del tratamiento de esta información.

	NOMBRES Y APELLIDOS	Afecciones respiratorias	Afección visual	Diabetes o hipoglucemia	Vertigo / Mareo / Trasnocho	Consumo alcohol y/o sustancias SPA 24 horas antes	Consumo de medicamentos que afectan salud	Ansiedad / Miedo / T. Psiquiátrico	Otros	
1	Wilmer Hernandez	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2	Andres Felipe Jimenez	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
3	SNEYDER CUBILLOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Casco con barbuquejo	✓		Monja para soldador		X	Overol - Ropa de trabajo	✓		Careta para soldar		X
Gafas de Seguridad			Protección Respiratoria Adecuada para la Actividad	✓		Peto - Delantal		✓	Careta con visor		X
Botas de Seguridad (en caso de trabajos con electricidad, estas son dieléctricas).	✓		Equipo de Autocontenido		X	Protector facial		✓	Otros: ¿Cuáles?		
Protección Auditiva			Careta de cara completa en acrílico para pulir.		X	Guantes acordes a la actividad a realizar.	✓				

5. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Marque con una X el tipo de Sistema a utilizar

Sistemas de Restricción		Sistemas de Posicionamiento		Sitemas de detención de caídas	

Marque con una X los elementos a utilizar

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Punto de Anclaje			Arnés cuerpo completo			Eslinga de Posicionamiento			Línea de Vida Horizontal		
Cinta de Anclaje (Tie Off)			Descendedores			Eslinga de Detención caída			Línea de Vida Vertical		
Mosquetón			Ascendedores			Arrestador o Freno			Línea de Vida Retráctil		

_Otros: ¿Cuáles?:

6. HERRAMIENTA / EQUIPO A UTILIZAR

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Herramienta mano		X	Pulidora		X	Alicates		X	Voltímetro		X
Herram. Eléctricas	✓		Taladro	✓	X	Pinzas		X	Amperímetro		X
Herram. Neumáticas		X	Rotomotor	✓	X	Destornilladores		X	Ventiladores		X
Herram. Hidráulicas		X	Compresor		X	E. Soldadura / oxicorte		X	Extractores		X
			Cortadora		X						X

Otros: ¿Cuáles?:

7. SISTEMAS DE ACCESO

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Escalera de Extensión		X	Escalera Tijera		X	Andamio	✓		Man Lift		X
Escalera tipo Avión		X	Escalera Gato	✓	X	Grúa Canasta		X	Elevador de personas		X
Escalera fija con LVV		X	Pretales		X	Montacargas		X	Otro, Cual?		X

8. MEDIDAS DE PREVENCION

Medida	si	No	Medida	si	No	Medida	si	No	Medida	si	No
Uso de Delimitación	✓		Ubicación de Barandas		X	Charla de 5 minutos	✓		Bloqueo Eléctrico		X
Uso de Señalización	✓		Control de Acceso			Control de Huecos u orificios		X	Bloqueo Mecánico		X
Equipo de Prim. Auxilios	✓		Extintor	✓		Bloqueo y Etiquetado		X	Puesta a tierra		X
Ayudante de Seguridad Designado			Nombre:			CC			CARGO		

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SST - GT - FR - 01	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	William Nemeguen	Cédula	79824872	Cargo	Insp SST
Ubicación del punto de trabajo	Coracol - Kennedy			Fecha de realización ATS	07-04-25
Descripción del trabajo a desarrollar	Resane de superficies (paredes, techos, muros). Limpieza de pisos.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
*Inspección de la area que se va a intervenir *Verificación de equipos y herramientas a utilizar *Realizar resane de superficies *Realizar limpieza de pisos de acuerdo a protocolo. *Verificación de los materiales que se utilizaron *Verificación de materiales para su correcto acopio *Acopio de materiales contaminados saliendo de la actividad *Orden y aseo de las areas intervenidas	*Revolon, golpes, con material de las areas a intervenir *Afectación de los ojos y las vías respiratorias por el material expuesto. *Golpe con herramientas al momento de manipularlas en la actividad *Caida o inhalación de material *Quemaduras con producto quimicos	*Caido de diferentes niveles. *Golpes en las extremidades superiores e inferiores *Irritación en la piel y en los ojos. *Consancio por movimientos repetitivos. *Irritación en las vías respiratorias *	*Verificación de equipos y herramientas antes de su usa para su buen funcionamiento *Uso adecuado y permanente de los EPPS. *Inspección de herramientas. *Realización pausas activas. *orden y aseo en los areas intervenidos	*Personal operativo *Personal administrativo *Inspector SST

Divulgado a:

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
Alberto Sanchez	1919 62	Oficial	Alberto Sanchez
Carlos. Rioxos	98427475	Oficial	
Joaquin Diaz	1243031	oficial	Joaquin Diaz

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión: 00
	SST - GT - FR - 01	Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	William Nemeguer	Cédula	79829872	Cargo	Insp SST
Ubicación del punto de trabajo	Tintalito - Kennedy			Fecha de realización ATS	26-11-24
Descripción del trabajo a desarrollar	Desmonte de techo en drywal y estructura de perfil.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
* Inspecaión del area que se va a intervenir * Verificar las herramientas que se van a utilizar. * Orden y asco del area * Inicio de labores * Realizar el desmonte de las laminas de drywal con precaución. * Acopiar el material desmontado en un lugar que no interrumpa las demas actividades. * Desmonte de la estructura metalica evitando algun tipo de golpe. * Orden y ASCO	* Golpes con material que se este quitando * Afectación de los ojos por el polvo que cae. * Caida de objetos que se encuentren en el techo * Cortadas con la lamina de la estructura * Caida de material particulado	* Caida a diferentes nivel. * Golpe en extremidades superiores * Golpes en extremidades inferiores * Golpes en la cabeza * Afectación en los ojos por caida de material particulado	* Equipos a utilizar en optimos condiciones * Herramientas en buen estado para la actividad. * Orden y ASCO del area * Uso permanente de los EPP's * seguimiento a las actividades a realizar * Señalización del area. * Realizar pausas Activas	* Inspector SST * Colaboradores * Personal operativo * Directivos del proyecto.

Divulgado a:

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
Milton de la ossa	1062207	oficial	Milton de la ossa
Alberto Sanchez	191962	oficial	Alberto Sanchez

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.586.750-6	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SST - GT - FR - 01	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	Andrea Mora.	Cédula	35531144.	Cargo	Ing SST
Ubicación del punto de trabajo	Uso de anteojos		Fecha de realización ATS		02-01-25
Descripción del trabajo a desarrollar	Zocalo de cobierta. y parcdes.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
Se continua con raspado de cobierta.	Biomecanico Lisicos. Quimico Condiciones de seguridad	Lesiones fisicas caidas de Altura. Insolación Machucones cortes.	Concientizacion de los Actividades personal Capacitado Acompañamiento Uso de EPP.	Ing. Residente Arq. Residente. SST.
2) Detallado de parcdes Mosillose	Biomecanico Fisico Quimico Condiciones Seguridad	caidas Golpes. Torceduras Inhalación	Acompañamiento constante uso de EPP.	SST.

Divulgado a:

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
HAROLD SNEIDER CEBILLOS	1000348247	INSTALADOR	SNEIDER C.
Wilson Diaz R.	79805093	Pintor	
Andres Felipe Jimenez Suarez	1023960348	Instalador	
Jhon Sebastián	1000777952	Instalado	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SST - GT - FR - 01	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	Andrea Mora.	Cédula	35531144	Cargo	Ing SST
Ubicación del punto de trabajo	Cede Agos de antaños.	Fecha de realización ATS		30-12-24	
Descripción del trabajo a desarrollar	Retiro de emulsion en Cobertura.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
Ingreso a Cede. Charla de Seguridad Ingreso a Cobertura. Se continua con el reconocimiento de base pro.	Biologicos Fisicos. Biomecanicos Condiciones de seguridad Locativos Naturales.	Accidentes Trabajo. Temperaturas Extremas. Posturas. Mecanicos electricos Trabajos en Alturas.	Uso de EPP. Señalizacion personal autorizado en area. Charlas y Capacitacion Supervicion constante del SST.	Inspector SST. Residentes Trabajadores

Divulgado a:

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
Winder Osvaldo Ballesteros P.	80 878 816	Instalador	
SNEIDER CUBILLOS P.	1000348247	INSTALADOR	SNEIDER C.
sebastian AMORMO	1010225829	instalador	sebastian
Andres Felipe [illegible]	1023960348	Instructor	

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SST - GT - FR - 01	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	Andrea Mora	Cédula	85531144	Cargo	
Ubicación del punto de trabajo	Bush Usek.			Fecha de realización ATS	07-01-25
Descripción del trabajo a desarrollar	Siliconado en cubierta. Pintura interna.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
Se inicia con pintura interna Salones. Se inicia. Siliconado de cubierta.	Biomecanico Fisico Quimico. Biomecanico Fisico. Quimico condicion Seguridad	Lesiones Musculares Esguinces fracturas. Sgangreo. inhalacion intoxicacion Lesiones Musculares Caida de Alturas Golpes Fracturas. Insolacion	uso de elementos de Seguridad Adecuados. Descanso intermedio. Psicoacondicionamiento adecuado. Traumas fisicos fracturas. Intoxicacion Uso de EPP. Acompañamiento Constante	Dra. Resi SST Dra. Resi SST.

Divulgado a:

N°	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
	Wilmer Jose Hernandez	1073968408	Oficial	Wilmer H.
	Freddy Cubillos	1023911526	Ayudante	Freddy

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.868.750-8	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SST - GT - FR - 01	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	Catherine Chisacá	Cédula	52426951	Cargo	Residente SST
Ubicación del punto de trabajo	Fragativa		Fecha de realización ATS		9 ENERO 2025
Descripción del trabajo a desarrollar	Demolición Muro.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
Inspección area de trabajo Inspección herramientas Demoliciones de muro Retiro de tableta.	*Físicos * Ruido *Vibraciones * polvo *Material Particula *Naturales (sol-lluvia)	* Golpes *Lesiones *Lesiones musculares * Lesiones de Via respiratoria. * Lesión Vision, ojos, cara, manos. *Cortadas *Caidas a nivel.	* Orden y aseo * Inspección herramienta * Uso EPP. * Analisis del trabajo seguro. * Orden y aseo	*Auxiliar de Obra * Residente SST * Inspector de obra * residente de obra.

Divulgado a:

N°	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
	Jhon Sebastián	1000174521	Ayudante	
	William Duarte R	1098859052	Ingeniero	William Duarte R

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO SST - GT - FR - 01	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	Catherine Chisacá	Cédula	52426851	Cargo	Residente SST
Ubicación del punto de trabajo	Engativa			Fecha de realización ATS	

Descripción del trabajo a desarrollar: Desmonte Instalaciones electricas.

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
① Desenergizar ② Identificar los circuitos ③ Desmonte de tomas y lamparas. ④ Retiro de Cableado ⑤ Verificación finalización actividad.	- tomas electricas - cortos - Mal estado herramienta.	- Cortes - golpes - tropezon - Electrocución - Caidas a nivel - Calor - Insolación	- Señalizar - Verificar Condiciones de Seguridad - Verificación ausencia de Voltaje. - Uso de EPP. - Inspecciones de herramientas y area de trabajo. - Capacitaciones	Electricos Residente SST Residente dedra. Inspectores dedra.

Divulgado a:

N°	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
	José Alfonso Barbosa	79597144	Electrico	
	Adriana Castellanos Vinchery	1019119219	Insp. técnico	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-8	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión: 00
	SST - GT - FR - 01	Fecha: 02/12/2024

Nombre de quien realiza el ATS	Catherine Chisacá	Cédula	52486951	Cargo	Residente SST
Ubicación del punto de trabajo	Engativa			Fecha de realización ATS	8 enero 2024
Descripción del trabajo a desarrollar	Demolicion de muros y pisos.				

PASO DE LA TAREA	PELIGROS	CONSECUENCIAS	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DEL CONTROL
Inspección del area a Intervenir Inspección de herramientas Demolición muros. Desmonte de baldosa. Acopio de RCD.	Electrico Biomecanico Fisico. Particulas Ruido Naturales (Sol - lluvia) Condiciones piso.	machucones Cortadas Caidas a nivel. Insolación. Afectación ojos. Afectación Via aerea. Golpes Lesiones.	-Uso de EPP. -Senalizacion del area -Analisis seguro de la tarea. -Inspeciones del area de trabajo -Inspeccion de la tarea a realizar -Orden y aseo.	-Ayudante de Obra. -Residente SST -Residente de Obra -Inspectora de Obra.

Divulgado a:

	Nombre	Cédula	Cargo	Firma
1.	Jhoan Sebastian	1000774521	Pintor	

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS SST-GT-FR-03	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

1. GENERALIDADES

INICIO DE LA TAREA				FINALIZACION DE LA TAREA			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
02	01	24	10m	04	01	24m	12:

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Se realiza detallado de techo y Estuco se instalaran luminarias. pasillo.
DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA	Habilitar. instalacion luminarias. se eliminan Escaleras.
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	1.30.

2. OTRAS TAREAS DE ALTO RIESGO ASOCIADAS

MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN EXCAVACION	
TRABAJO ELECTRICO	✓	IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN FRIO		OTRO CUAL?	

3. PERSONAS QUE EJECUTAN EL TRABAJO

	NOMBRES Y APELLIDOS	N /DE DOCUMENTO	Punto de Anclaje SI-NO-N/A		SEGURIDAD SOCIAL	Curso alturasSI /NO		FIRMA
1	Jose Alfonso Baba	79599144	NO		Sura.	SI		
2	Wincler Ballesteros	80878816	NO		Sura	SI		
3.								
4.								
5.								
6								
7								
8								
9								
10								

3.1. REQUISITOS DE LOS TRABAJADORES (Marque Si / No según corresponda)

Manifiesto que la información de salud suministrada en el presente permiso es veridica y se me a sido informado del tratamiento de esta información.

	NOMBRES Y APELLIDOS	Afecciones respiratorias	Afección visual	Diabetes o hipoglucemia	Vertigo / Mareo / Trasnocho	Consumo alcohol y/o sustancias SPA 24 horas antes	Consumo de medicamentos que afectan salud	Ansiedad / Miedo / T. Psiquiátrico	Otros	
1	Jose A Balboso.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2	Wincler Ballesteros	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
3.										
4.										
5.										
6										
7										
8										
9										
10										

EMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Casco con barbuquejo	✓		Monja para soldador		✓	Overol - Ropa de trabajo	✓		Careta para soldar		✓
Gafas de Seguridad		✓	Protección Respiratoria Adecuada para la Actividad	✓		Peto - Delantal		✓	Careta con visor		✓
Botas de Seguridad (en caso de trabajos con electricidad, estas son dieléctricas).	✓		Equipo de Autocontenido		✓	Protector facial	✓		Otros: ¿Cuáles?		
Protección Auditiva		✓	Careta de cara completa en acrílico para pulir.		✓	Guantes acordes a la actividad a realizar.	✓				

5. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Marque con una X el tipo de Sistema a utilizar

Sistemas de Restricción		Sistemas de Posicionamiento		Sitemas de detención de caídas	

Marque con una X los elementos a utilizar

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Punto de Anclaje		✓	Arnés cuerpo completo		✓	Eslinga de Posicionamiento		✓	Línea de Vida Horizontal		✓
Cinta de Anclaje (Tie Off)		✓	Descendedores		✓	Eslinga de Detención caída		✓	Línea de Vida Vertical		✓
Mosquetón		✓	Ascendedores		✓	Arrestador o Freno		✓	Línea de Vida Retráctil		✓

_Otros: ¿Cuáles?:

6. HERRAMIENTA / EQUIPO A UTILIZAR

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Herramienta mano	✓		Pulidora		✓	Alicates	✓		Voltímetro		✓
Herram. Eléctricas	✓		Taladro	✓		Pinzas	✓		Amperímetro	✓	
Herram. Neumáticas		✓	Rotomotor		✓	Destornilladores	✓		Ventiladores		✓
Herram. Hidráulicas		✓	Compresor		✓	E. Soldadura / oxicorte		✓	Extractores		✓
		✓	Cortadora		✓						

Otros: ¿Cuáles?:

7. SISTEMAS DE ACCESO

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Escalera de Extensión		✓	Escalera Tijera	✓	✓	Andamio		✓	Man Lift		✓
Escalera tipo Avión	✓	✓	Escalera Gato		✓	Grúa Canasta		✓	Elevador de personas		✓
Escalera fija con LVV		?	Pretales		✓	Montacargas		✓	Otro, Cual?		✓

8. MEDIDAS DE PREVENCION

Medida	si	No	Medida	si	No	Medida	si	No	Medida	si	No
Uso de Delimitación		✓	Ubicación de Barandas		✓	Charla de 5 minutos	✓		Bloqueo Eléctrico	✓	
Uso de Señalización		✓	Control de Acceso		✓	Control de Huecos u orificios		✓	Bloqueo Mecánico		✓
Equipo de Prim. Auxilios	✓		Extintor	✓		Bloqueo y Etiquetado	✓		Puesta a tierra	✓	
Ayudante de Seguridad Designado			Nombre:				CC		CARGO		

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD A VERIFICAR

CONDICIONES DE SEGURIDAD	SI	NO	N/A
Se realizó el Análisis de Peligros por Actividad? (APA)	✓		
Todo el personal cumple con los requisitos de aptitud medica para realizar la tarea.	✓		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea.	✓		
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio.	✓		
El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados.	✓		
Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar.	✓		
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente.			✓
Se ha instalado cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas			
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas			
Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida			
Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores.			
Los conectores o mosquetones son de doble seguro.			
Las cuerdas se encuentran libres de nudos.			
Se cuentan con las fichas de seguridad de las sustancias químicas a utilizar.			
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación.			
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo.			
Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario.			
El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse.			
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate.			
Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios.			
Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas.			
Se ha revisado las condiciones de riesgo teniendo en cuenta líneas energizadas o equipos eléctricos.			
Se realizó la inspección a los sistemas de accesos y estos se encuentran en buenas condiciones.			
Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona			
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección).			
La persona o personas encargadas de ejecutar la labor ha recibido capacitación sobre los peligros de la tarea y se le han brindado las instrucciones y precauciones a seguir para su ejecución. (Anexar evidencia).			
Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso.			

10. AUTORIZACION DE TRABAJO

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD (quien autoriza la actividad): He verificado con el trabajador la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.	**RESPONSABLE DE AVALAR LA ACTIVIDAD (Coordinador de alturas para trabajo en alturas o jefe inmediato para trabajo en caliente):** He verificado con el trabajador la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y me comprometo a comunicarlos al grupo ejecutor, considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.	**RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS.** Conozco e plan de emergencias de l organización y estoy capacitado en las formas de actividación de este
Nombre:	Nombre: Andrea Flores	Nombre:
Cédula:	Cédula: 35331444	Cédula:
Firma:	Firma:	Firma:
Cargo:	Cargo: SST	Cargo:

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.886.750-6	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Shosh Ulek SST-GT-FR-03	Versión: 00 Fecha: 02/12/2024

1. GENERALIDADES

INICIO DE LA TAREA				FINALIZACION DE LA TAREA			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
07	04	2025	11 Am	11	04	2025	1:00 Pm

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Siliconada cubierta. Pintura interna.
DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA	Acceso A cubierta. para Aplicar la silicona puntos Especificos cambio de bagantes. pintura interna.
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD	3 mt.

2. OTRAS TAREAS DE ALTO RIESGO ASOCIADAS

MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS		ESPACIOS CONFINADOS	Y	TRABAJO EN CALIENTE	Y	TRABAJO EN EXCAVACION	Y
TRABAJO ELECTRICO	Y	IZAJE DE CARGAS	Y	TRABAJO EN FRIO	Y	OTRO CUAL?	

3. PERSONAS QUE EJECUTAN EL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	N /DE DOCUMENTO	Punto de Anclaje SI-NO-N/A		SEGURIDAD SOCIAL	Curso alturasSI /NO		FIRMA
1. Wilmer Jose Hernandez M	1073968408		Y	Sura	Si		Wilmer H.
2. Freddy Cubillos	1023911526		Y	Sura	Si		Freddy Cubillos
3.							
4.							
5.							
6							
7							
8							
9							
10							

4. REQUISITOS DE LOS TRABAJADORES (Marque Si / No según corresponda)

Manifiesto que la información de salud suministrada en el presente permiso es veridica y se me a sido informado del tratamiento de esta información.

NOMBRES Y APELLIDOS	Afecciones respiratorias	Afección visual	Diabetes o hipoglucemia	Vertigo / Mareo / Trasnocho	Consumo alcohol y/o sustancias SPA 24 horas antes	Consumo de medicamentos que afectan salud	Ansiedad / Miedo / T. Psiquiátrico	Otros
1. Wilmer Hernandez	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2. Freddy Cubillos	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3.								
4.								
5.								
6								
7								
8								
9								
10								

ENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Casco con barbuquejo	✓		Monja para soldador		X	Overol - Ropa de trabajo	✓		Careta para soldar		X
Gafas de Seguridad		X	Protección Respiratoria Adecuada para la Actividad	✓		Peto - Delantal		X	Careta con visor		X
Botas de Seguridad (en caso de trabajos con electricidad, estas son dieléctricas).	✓		Equipo de Autocontenido		X	Protector facial		X	Otros: ¿Cuáles?		
Protección Auditiva	✓		Careta de cara completa en acrílico para pulir.		X	Guantes acordes a la actividad a realizar.	✓				

5. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Marque con una X el tipo de Sistema a utilizar

Sistemas de Restricción		Sistemas de Posicionamiento		Sitemas de detención de caídas	

Marque con una X los elementos a utilizar

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Punto de Anclaje		X	Arnés cuerpo completo		X	Eslinga de Posicionamiento	X	X	Línea de Vida Horizontal		X
Cinta de Anclaje (Tie Off)		✓	Descendedores		X	Eslinga de Detención caída		X	Línea de Vida Vertical		X
Mosquetón		X	Ascendedores		X	Arrestador o Freno		X	Línea de Vida Retráctil		X

_Otros: ¿Cuáles?:

6. HERRAMIENTA / EQUIPO A UTILIZAR

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Herramienta mano	✓		Pulidora		X	Alicates		X	Voltímetro		X
Herram. Eléctricas		X	Taladro		X	Pinzas		X	Amperímetro		X
Herram. Neumáticas		X	Rotomotor		X	Destornilladores		X	Ventiladores		X
Herram. Hidráulicas		X	Compresor		X	E. Soldadura / oxicorte		X	Extractores		X
			Cortadora		X						

Otros: ¿Cuáles?:

7. SISTEMAS DE ACCESO

Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No	Elemento	si	No
Escalera de Extensión	✓		Escalera Tijera	✓		Andamio		X	Man Lift		X
Escalera tipo Avión		X	Escalera Gato		X	Grúa Canasta		X	Elevador de personas		X
Escalera fija con LVV		X	Pretales		X	Montacargas		X	Otro, Cual?		X

8. MEDIDAS DE PREVENCION

Medida	si	No	Medida	si	No	Medida	si	No	Medida	si	No
Uso de Delimitación		X	Ubicación de Barandas		X	Charla de 5 minutos	✓		Bloqueo Eléctrico		X
Uso de Señalización		X	Control de Acceso	✓		Control de Huecos u orificios		X	Bloqueo Mecánico		X
Equipo de Prim. Auxilios	✓		Extintor	✓		Bloqueo y Etiquetado		X	Puesta a tierra		X
Ayudante de Seguridad Designado			Nombre:			CC			CARGO		

Bogotá, D.C. 10 de enero de 2025

Señores:
SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL
Ciudad

REF: CONTRATO No. 9176 -2024

OBJETO: *Realizar la optimización de la infraestructura de los centros, sedes y predios donde la secretaría distrital de integración social presta sus servicios sociales o requiera de su intervención, en el marco de la implementación del sistema distrital de cuidado.*

ASUNTO: Cumplimiento Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Ley 828 de 2003.

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley indicada en la referencia, me permito certificar que **CONSORCIO OBRAS GT** con NIT 901.886.750 – 6 ha dado cumplimiento integral y oportuno a todas las obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y SENA.

GUSTAVO ADOLFO TORRES DUARTE
C.C. 19.321.988
Representante Legal Consorcio Obras GT

SANDRA PATRICIA SEGURA TELLEZ
C.C. 55.062.810
Contadora
T.P. 144934-T

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

14934-T



SANDRA PATRICIA
SEGURA TELLEZ
C.C. 55062810
RESOLUCION INSCRIPCION 274 **FECHA 15/10/2009**
UNIVERSIDAD JAVERIANA

PRESIDENTE Leonardo Sánchez G.

LEONARDO SANCHEZ GARRIDO 155336

Sandra Segura T.

69168

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

LOGOCARD 1793 01/2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.062.810**

SEGURA TELLEZ
APELLIDOS

SANDRA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-FEB-1974**

GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-MAY-1993 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500102-42116857-F-0055062810-20030923 **04867** 03265A 02 146754812

Certificado No:

1555B04AC1055ACA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **SANDRA PATRICIA SEGURA TELLEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 55062810 de GARZON (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 144934-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ********************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 26 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

CONSORCIO OBRAS GT NIT. 901.686.750-6	INSPECCIÓN DE EXTINTORES Código: SST-GT-FR-13	02/12/2024 Versión: 00

1. INSPECCIÓN DE SEGURIDAD Y UBICACIÓN

MARQUE BAJO LA COLUMNA ESTADO, LOS HALLAZGOS IDENTIFICADOS TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES CONVENCIONES: Bueno=1 Regular=0,5 Malo=0 No aplica=N/A

COMPONENTE A EVALUAR	RESPONSABLE Catherine ESTADO	RESPONSABLE ESTADO	RESPONSABLE ESTADO	RESPONSABLE ESTADO	RESPONSABLE ESTADO
FECHA DE INSPECCIÓN	1 ENERO 2025				
Ubicación:	Engativa Centro esperanza				
Extintor No	1.				
Fecha proxima recarga	dic. 2025				
Agente extintor:	Multipropósito X Solkaflam ___ CO2___ Agua ___ Otro___	Multipropósito___ Solkaflam ___ CO2___ Agua ___ Otro___	Multipropósito___ Solkaflam ___ CO2___ Agua ___ Otro___	Multipropósito___ Solkaflam ___ CO2___ Agua ___ Otro___	Multipropósito___ Solkaflam ___ CO2___ Agua ___ Otro___
Clase de extintor:	ABC X A___ BC___ K___	ABC___ A___ BC___ K___	ABC___ A___ BC___ K___	ABC___ A___ BC___ K___	ABC___ A___ BC___ K___
Capacidad:	10 Lb.				
Pasador de seguridad	Bien				
Palanca de descarga	Bien				
Manija de transporte	Bien				
Indicador de presión (manómetro)	Bien				
Cuerpo metálico (golpes, pintura)	Bien				
Etiqueta con fecha de última y próxima recarga	Bien				
Etiqueta de identificación y tipo de extintor	Bien				
Boquilla	Bien				
Manguera	Bien				
Ubicación del extintor (visible)	Bien				
Accesibilidad	Bien				
Señalización	Bien				
Soporte	NA.				
No total de hallazgos:					

2. OBSERVACIONES



Powered by CamScanner

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		**NIT: 901.860.242 - 3**
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	 
MARCA	**LINK TECH**	
SERIAL	**410023060016**	
LOTE	**2306**	
FECHA DE FABRICACION	**06/2023**	
COLOR	**AMARILLO - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		**BUENO**	**MALO**	**PRECINTO No**	**FECHA**	**NORMA/ ESTANDAR**
		X		**NA**		**ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021**
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		**X**			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		**X**			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	**X**				
1,4	Grietas		**X**			
1,5	Estiramiento excesivo		**X**			
1,6	Deterioro general		**x**	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		**X**			
1,8	Quemaduras		**X**			
1,9	Deformaciones		**X**			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	**X**		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		**X**			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
2,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
2,3	Deterioro general		**x**	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		**X**			
2,5	Oxidación		**X**			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
3,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
3,3	Deterioro general		**X**			
3,4	Corrosión		**X**			
3,5	Oxidación		**X**			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
4,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
4,3	Deterioro general		**X**			
4,4	Corrosión		**X**			
4,5	Oxidación		**X**			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
5.2	estado de los los pasadores de		**X**			
5,3	Picaduras y/o grietas		**X**			
5,4	Deterioro general		**X**			
5,5	Corrosión		**X**			
5,6	Oxidación		**X**			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		**NO**	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
6,3	Deterioro general		**X**			
6,4	Otros		**X**			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**APTO**		**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	EPIS en condiciones de ser usado		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

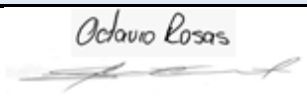
ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	147	
LOTE	A219102	
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X		
1,8	Quemaduras		X	
1,9	Deformaciones		X	
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos	X		
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones
2,4	Corrosión		X	
2,5	Oxidación		X	
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
3,2	Picaduras y/o grietas		X	
3,3	Deterioro general		X	
3,4	Corrosión		X	
3,5	Oxidación		X	
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Corrosión		X	
4,5	Oxidación		X	
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
5.2	estado de los los pasadores de		X	
5,3	Picaduras y/o grietas		X	
5,4	Deterioro general		X	
5,5	Corrosión		X	
5,6	Oxidación		X	
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO
6,2	Picaduras y/o grietas		X	

6,3	Deterioro general			X	
6,4	Otros			X	
4	**CRITERIOS FINALES**				
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**		
2	**OBSERVACIONES**			**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	NO APTO				
	Equipo que se encuentra : Deterioro y deformacion por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, hilos en algunos remates y residuos de sustancias químicas en sus cintas				
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**			

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	149	
LOTE		
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones	X				
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Deterioro y deformacion por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, hilos en algunos remates y residuos de sustancias químicas en sus cintas		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

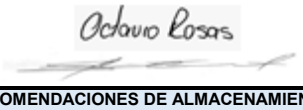
EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	148	
LOTE	A219102	
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo	X	X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones	X				
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X	X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			

6,3	Deterioro general			X	
6,4	Otros			X	
4	**CRITERIOS FINALES**				
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**		
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**		**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	NO APTO				
	Equipo que se encuentra : Deformacion de por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, ruptura de cintas en su borde, hilos en algunos remates				
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**			

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

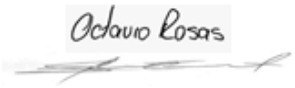
EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		**NIT: 901.860.242 - 3**
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	 
MARCA	**IXP SAFETY SYSTEMS**	
SERIAL	**138**	
LOTE	**A219102**	
FECHA DE FABRICACION	**10/2022**	
COLOR	**NARANJA - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		**BUENO**	**MALO**	**PRECINTO No**	**FECHA**	**NORMA/ ESTANDAR**
			X	**NA**		**ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021**
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	**X**				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	**X**				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		**X**			
1,4	Grietas		**X**			
1,5	Estiramiento excesivo		**X**			
1,6	Deterioro general		**x**	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	**X**				
1,8	Quemaduras		**X**			
1,9	Deformaciones	**X**				
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	**X**		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	**X**				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
2,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
2,3	Deterioro general		**x**	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		**X**			
2,5	Oxidación		**X**			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
3,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
3,3	Deterioro general		**X**			
3,4	Corrosión		**X**			
3,5	Oxidación		**X**			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
4,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
4,3	Deterioro general		**X**			
4,4	Corrosión		**X**			
4,5	Oxidación		**X**			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
5.2	estado de los los pasadores de		**X**			
5,3	Picaduras y/o grietas		**X**			
5,4	Deterioro general		**X**			
5,5	Corrosión		**X**			
5,6	Oxidación		**X**			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		**NO**	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
6,3	Deterioro general		**X**			
6,4	Otros		**X**			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con; Deformacion de por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, ruptura de cintas en su borde, hilos en algunos remates y en las hebillas y ganchos ahi residuos de sustancias químicas y predida de cromado		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	
MARCA	**XP SAFETY SYSTEMS**	
SERIAL	**139**	
LOTE	**A219102**	
FECHA DE FABRICACION	**10/2022**	
COLOR	**NARANJA - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X			
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

2	**OBSERVACIONES**	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	NO APTO		
	Equipo que se encuentra con: Cintas con residuos de sustancias químicas y ruptura de hilos en algunos remates		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	144	
LOTE	A219102	
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	79793266 - 51912567	

REVISION

	ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			

4 CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Cintas con residuos de sustancias químicas y ruptura de hilos en algunos remates		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	LINK TECH	
SERIAL	410123100044	
LOTE	2310	
FECHA DE FABRICACION	10/2023	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	EPIS en en condiciones de ser usado			**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	
MARCA	LINK TECH	
SERIAL	410123100054	
LOTE	2310	
FECHA DE FABRICACION	10/2023	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		X	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	EPIS en en condiciones de ser usado			**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		**NIT: 901.860.242 - 3**
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	
MARCA	**LINK TECK**	
SERIAL	**410123100063**	
LOTE	**2310**	
FECHA DE FABRICACION	**10/2023**	
COLOR	**NARANJA - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

	ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		X	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**APTO E**PIS en condiciones de ser usado		**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	Presenta residuos de sustancias químicas en algunas cintas		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	LINK TECH	
SERIAL	410123100283	
LOTE	2310	
FECHA DE FABRICACION	10/2023	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		X	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	EPIS en buenas condiciones			**Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.**
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT | **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA**
MARCA	**EP FALL PROTECTION SYSTEMS**
SERIE	**8210**
LOTE	**73**
FECHA DE FABRICACION	**08/2023**
LONGITUD	**40 MM**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
	X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
1.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general		X	
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño		X	
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado			Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
3.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general		X	
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos		X	

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	Equipo nuevo sin evidencia de ser usado.	Recomendación almacenar adecuadamente	Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.
	APTO		
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**	

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT	NIT: 901.860.242 - 3

EQUIPO	LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA
MARCA	EP FALL PROTECTION SYSTEMS
SERIE	8211
LOTE	73
FECHA DE FABRICACION	08/2023
LONGITUD	40 MM
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	79793266 - 51912567





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
	X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
1.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general		X	
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño		X	
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado			Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
3.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general		X	
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos		X	
4	**CRITERIOS FINALES**			

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

2	**OBSERVACIONES**	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	Equipo nuevo sin evidencia de ser usado.	Recomendación almacenar adecuadamente	Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.
	APTO		

SOPORTES ENTREGADOS	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT | **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA**
MARCA	**EP FALL PROTECTION SYSTEMS**
SERIE	**8209**
LOTE	**73**
FECHA DE FABRICACION	**08/2023**
LONGITUD	**40 MM**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
	X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
1.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general		X	
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño		X	
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado			Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
3.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general		X	
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos		X	

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	Equipo nuevo sin evidencia de ser usado.		Recomendación almacenar adecuadamente	Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT	**NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA**
MARCA	**NA**
SERIE	**NA**
LOTE	**NA**
FECHA DE FABRICACION	**NA**
LONGITUD	**40 MM**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**



REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	**BUENO**	**MALO**	**PRECINTO No**	**FECHA**	**NORMA/ ESTANDAR**
	X		**NA**	**5/9/2024**	**ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021**

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas			
1.2	Cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general	X		
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño		X	
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño	X		se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado		X	Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
3.2	Cortes o rotura en el tejido	X		
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general		X	
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos		X	

4	**CRITERIOS FINALES**			
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.**	Octavio Rosas

			Inspectores de Equipos.	
2	OBSERVACIONES		RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
	NO APTO			
	Equipo que se encuentra con: Sin etiqueta, con ruptura de la funda y alma de la cuerda en dos partes.			
3	SOPORTES	SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT | **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA**
MARCA	**EP FALL PROTECTION SYSTEMS**
SERIE	
LOTE	**57**
FECHA DE FABRICACION	**05/2022**
LONGITUD	**40 MM**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1.2	Cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general	X		
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño		X	
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño	X		se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado		X	Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
3.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general	X		
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos	X		

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Ruptura de remates los cuales estan desprotegidos por falta del protector, residuos de pintura en algunas zonas de la cuerda, la etiqueta tiene residuos de pintura y es poco egible		
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**	

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT | **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA**
MARCA	**EP FALL PROTECTION SYSTEMS**
SERIE	**8205**
LOTE	**73**
FECHA DE FABRICACION	**08/2023**
LONGITUD	**40 MM**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	CONDICIÓN DEL TEJIDO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1.2	Cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general		X	
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño	X		
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado			Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
3.2	Cortes o rotura en el tejido	X		
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general		X	
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos		X	

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO

2	**NO APTO**			
	Equipo que se encuentra con: Ruptura de la funda y alma de la cuerda			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

LINEA DE VIDA

CONSORCIO SYOC - GT | **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA**
MARCA	**EP FALL PROTECTION SYSTEMS**
SERIE	**8208**
LOTE	**73**
FECHA DE FABRICACION	**08/2023**
LONGITUD	**40 MM**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
	X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
1.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Grietas		X	
1.4	Estiramiento excesivo		X	
1.5	Deterioro general		X	
1.6	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1.7	En la revision tactil el alma (punto duro, punto blando, angulo marcado) presenta algun daño		X	
1.8	El estado de las costura, terminales cosidos (hilos cortados, desgarrados, flojos, desgastados) presenta daño		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza
1.9	Quemaduras			No presenta
1.10	Le etiqueta esta en buen estado			Se recomineda proteger la etiqueta
1.11	Registro de inspecciones realizadas		X	Se tiene registro de las inspecciones realizadas
1.12	Guardacabo		X	
2	**GANCHOS U OJO (EXTREMOS DE LA L.V.)**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Desgaste excesivo, deformaciónes		X	
2.2	Picaduras, grietas		X	
2.3	Resortes con fallas		X	Lubricados
2.4	Ajustes inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	se realiza mantenimiento basico de limpieza y lubricacion
2.5	Deterioro general		X	
2.6	Corrosión		X	
2.7	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones)		X	
2.8	Oxidación		X	
3	**CONDICIÓN DEL TEJIDO DE LA FUNDA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
3.2	Cortes o rotura en el tejido		X	
3.3	Estiramiento excesivo		X	
3.4	Deterioro general		X	
3.5	Los marcados estan en presentes en los dos extremos	X		
3.6	La longitud y diametro de la cuerda o linea es buena	X		
3.7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
3.6	Quemaduras		X	
3.7	Decoloracion puntual		X	
3.8	Presencias de manchas; Pintura, grasa u otros quimicos		X	

CRITERIOS FINALES

4				
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO

2	**APTO**		**Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.**
	EPIS en buenas condiciones		
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**	

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ESLINGA CON ABSORVEDOR	
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL		
LOTE		
FECHA DE FABRICACION	11/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X			
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura		
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado		X	Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X		Proteger de las sustancias quimicas		
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		X	Excelentes Condiciones		
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X			
2,5	Resorte con fallas		X			
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del		X			
2,7	Corrosión		NA			
2,8	Oxidación		NA			
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Cortes o rotura en el hilo	X				
3,2	Hilos faltantes	X				
3,3	Quemaduras		X			
3,4	Exposicion a sustancias quimicas	X		Proteger de las sustancias quimicas		
3,5	Oxidación		X			
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general	X				
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X			
4,5	Desplegado de absorbedor		X			
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X			
4,7	Otros		X			

CRITERIOS FINALES

1	FECHA DE INSPECCIÓN	05/09/2024	INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	NO APTO		
	Equipo que se encunetra con: Residuos de pintura, ruptura de costuras y remates de seguridad, los ganchos tienen residuos de sustancias quimicas, etiqueta poco legible		

3	SOPORTES ENTREGADOS	SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT	NIT: 901.860.242 - 3

EQUIPO	ESLINGA CON ABSORVEDOR
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS
SERIAL	
LOTE	
FECHA DE FABRICACION	11/2022
COLOR	NARANJA - NEGRO
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	79793266 - 51912567



REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura
1,9	Deformaciones		X	
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado		X	Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos	X		Proteger de las sustancias quimicas
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general		X	Excelentes Condiciones
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X	
2,5	Resorte con fallas		X	
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del elemento		X	
2,7	Corrosión		NA	
2,8	Oxidación		NA	
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Cortes o rotura en el hilo	X		
3,2	Hilos faltantes	X		
3,3	Quemaduras		X	
3,4	Exposicion a sustancias quimicas	X		Proteger de las sustancias quimicas
3,5	Oxidación		X	
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general	X		
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X	
4,5	Desplegado de absorbedor		X	
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X	
4,7	Otros		X	

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Residuos de pintura, ruptura de costuras y remates de seguridad, los ganchos tienen residuos de sustancias quimicas, etiqueta poco legible		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT — **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**ESLINGA EN Y**
MARCA	**STEEL PRO**
SERIAL	**10988**
LOTE	
FECHA DE FABRICACION	**08/2022**
COLOR	**VINOTINTO**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
	X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general		X	Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura
1,9	Deformaciones		X	
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado		X	Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos		X	Proteger de las sustancias quimicas
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general		X	Excelentes Condiciones
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X	
2,5	Resorte con fallas		X	
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del		X	
2,7	Corrosión		NA	
2,8	Oxidación		NA	
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Cortes o rotura en el hilo		X	
3,2	Hilos faltantes		X	
3,3	Quemaduras		X	
3,4	Exposicion a sustancias quimicas		X	Proteger de las sustancias quimicas
3,5	Oxidación		X	
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X	
4,5	Desplegado de absorbedor		X	
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X	
4,7	Otros		X	

4 CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**APTO**		**Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.**
	EPIS en buenas condiciones		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT — **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**ESLINGA EN Y**
MARCA	**ARMADURA**
SERIAL	**32**
LOTE	**8817**
FECHA DE FABRICACION	**2020**
COLOR	**AZUL**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
	X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X	
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general		X	Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura
1,9	Deformaciones		X	
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado		X	Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos		X	Proteger de las sustancias quimicas
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general		X	Excelentes Condiciones
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X	
2,5	Resorte con fallas		X	
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del		X	
2,7	Corrosión		NA	
2,8	Oxidación		NA	
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Cortes o rotura en el hilo		X	
3,2	Hilos faltantes		X	
3,3	Quemaduras		X	
3,4	Exposicion a sustancias quimicas			Proteger de las sustancias quimicas
3,5	Oxidación		X	
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X	
4,5	Desplegado de absorbedor		X	
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X	
4,7	Otros		X	

4 CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

2	**OBSERVACIONES**	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	APTO		**Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.**
	EPIS en buenas condiciones		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT	NIT: 901.860.242 - 3

EQUIPO	**ESLINGA EN Y**
MARCA	**STEEL PRO**
SERIAL	**10994**
LOTE	
FECHA DE FABRICACION	**08/2022**
COLOR	**VINOTINTO**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X	
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura
1,9	Deformaciones		X	
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos	X		Proteger de las sustancias quimicas
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general	X		Excelentes Condiciones
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X	
2,5	Resorte con fallas		X	
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del elemento		X	
2,7	Corrosión		NA	
2,8	Oxidación		NA	
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Cortes o rotura en el hilo	X		
3,2	Hilos faltantes	X		
3,3	Quemaduras		X	
3,4	Exposicion a sustancias quimicas	X		Proteger de las sustancias quimicas
3,5	Oxidación		X	
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X	
4,5	Desplegado de absorbedor		X	
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X	
4,7	Otros		X	

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Residuos de pintura, ruptura de costuras y remates de seguridad, los ganchos tienen residuos de sustancias quimicas, etiqueta poco legible, la cinta presenta quemaduras y ruptura en tres partes		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT | **NIT: 901.860.242 - 3**

EQUIPO	**ESLINGA EN Y**
MARCA	**ARMADURA**
SERIAL	**37**
LOTE	**7971**
FECHA DE FABRICACION	**02/2020**
COLOR	**AZUL**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X		
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura
1,9	Deformaciones	X		
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos	X		Proteger de las sustancias quimicas
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general	X		Excelentes Condiciones
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X	
2,5	Resorte con fallas		X	
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del elemento		X	
2,7	Corrosión		NA	
2,8	Oxidación		NA	
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Cortes o rotura en el hilo	X		
3,2	Hilos faltantes	X		
3,3	Quemaduras		X	
3,4	Exposicion a sustancias quimicas	X		Proteger de las sustancias quimicas
3,5	Oxidación		X	
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X	
4,5	Desplegado de absorbedor		X	
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X	
4,7	Otros		X	

4 CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encunetra con:Residuos de pintura, ruptura de costuras y remates de seguridad, los ganchos tienen residuos de sustancias quimicas, etiqueta poco legible, la cinta presenta ruptura en dos partes, presenta deformacion en algunas partes de la cinta por exceso de fricción		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA EN Y / CON DOS GANCHOS

CONSORCIO SYOC - GT	NIT: 901.860.242 - 3

EQUIPO	**ESLINGA EN Y**
MARCA	**ARMADURA**
SERIAL	**12**
LOTE	**8817**
FECHA DE FABRICACION	**10/2020**
COLOR	**AZUL**
CODIGO INTERNO	NA
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	**79793266 - 51912567**





REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X		
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X		
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura
1,9	Deformaciones	X		
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos	X		Proteger de las sustancias quimicas
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general	X		Excelentes Condiciones
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X	
2,5	Resorte con fallas		X	
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del elemento		X	
2,7	Corrosión		NA	
2,8	Oxidación		NA	
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Cortes o rotura en el hilo	X		
3,2	Hilos faltantes	X		
3,3	Quemaduras		X	
3,4	Exposicion a sustancias quimicas	X		Proteger de las sustancias quimicas
3,5	Oxidación		X	
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X	
4,5	Desplegado de absorbedor		X	
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X	
4,7	Otros		X	

CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Residuos de pintura, ruptura de cinta, los ganchos tienen residuos de sustancias quimicas, presenta deformacion en algunas partes de la cinta por exceso de fricción		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 18.393.046
Apellidos
ROJAS ROMAN
Nombres
OMAR DE JESUS
Nacionalidad
COL
Estatura
1.60
Sexo
M
Fecha de nacimiento
03 FEB 1969
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
CALARCA (QUINDIO)
Fecha y lugar de expedición
30 NOV 1988, CALARCA
Firma
Fecha de expiración
29 MAR 2033


CO
019089319
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0190893198260 10<<<<<<<<<<<
6902036M3303296COL18393046<<<7
ROJAS<ROMAN<<OMAR<DE<JESUS<<<<



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030389895

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
CHI062	MAZDA	T 45	1992

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
3.455	AMARILLO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	FURGON	DIESEL	4500

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
C110126	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
T4501354	N	T4501354	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

NARANJO SIERRA KEYLA

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1077340062



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 54850

IE: I

FECHA IMPORT.: 20/11/1991

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRÍCULA: 26/03/1992

FECHA EXP. LIC. TTO.: 03/11/2023

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO:

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA

LT0700277393 8

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 177101840

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA INTECO S.A.S

NIT: 900117522

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-050-001

Fecha de expedición: 2024/11/09

Fecha de vencimiento: 2025/11/09

DATOS VEHÍCULO

PLACA: CHI062

CLASE: CAMION

MARCA: MAZDA

MODELO: 1992

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 3455

NRO. MOTOR: C110126

NRO. CHASIS: T4501354

VIN:

LÍNEA: T 45

COLOR: AMARILLO

NOMBRE PROPIETARIO: KEYLA NARANJO S.

FIRMA DEL RESPONSABLE

NUNO ANDRE PINTO HENRIQUES

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
3308005680654000	12/08/2024	13/08/2024	12/08/2025	310	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	VIGENTE
85920802	10/08/2023	11/08/2023	10/08/2024	310	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
100900420720100	10/08/2022	11/08/2022	10/08/2023	310	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
960013	06/08/2021	11/08/2021	10/08/2022	311	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	NO VIGENTE
791259	06/08/2020	11/08/2020	10/08/2021	311	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	NO VIGENTE

ARUS

Su Aporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-03, 10:07:01 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 25698742

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025

PAGADO 03/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OMAR DE JESUS ROJAS ROMAN		
Documento	CC 18393046	Dirección	CARRERA 107 # 22J - 02
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3232172541
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado	Novedades	Pensiones	Salud	Riesgos	Cajas	Parafiscales
[illegible]	[illegible]	[illegible] PORVENIR [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	TOTAL FINAL
[illegible]	[illegible]	[illegible]	$0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	[illegible]	$0	[illegible]

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	11	22	2024	11	25	2025	11	24

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
89702046 - 600018941	RMO445	CAMPEROS Y CAMIONETAS	PARTICULAR	2389	2011

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
5	NISSAN	DOBLE CABINA

LÍNEA VEHÍCULO: D22

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
KA24856143Z	JN1CDUD22Z0051001	JN1CDUD22Z0051001	1,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CONSTRUCTORA GT INGENIEROS SAS	3173837177	NIT	901540083	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	468	13158	89702046	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
22	$ 803.200	$ 417.600	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.222.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.segurotercero.com

ior usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

cuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier mento.

cuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

é atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas nómicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los os de la atención de las víctimas del accidente.

quiera su SOAT en lugares autorizados.

aso de accidente de tránsito:

guien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar ccidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

gún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de ito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia nal de Salud.

los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la Institución adora de servicios de salud.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales s recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/legal. Dentro de la Polí encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene p ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910 Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.11.22 10:20:08 -05:00

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 4198494



NOMBRE

JOSE DARIO CASTRO LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO

11-12-1972

SANGRE-RH

O+

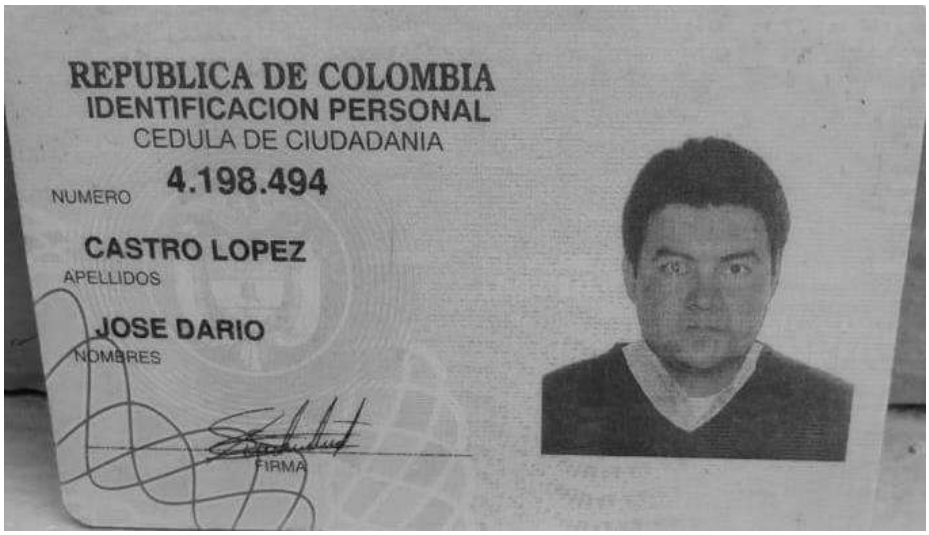
FECHA DE EXPEDICION

30-09-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.198.494

CASTRO LOPEZ
APELLIDOS

JOSE DARIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1972

PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

02-SEP-1991 PAUNA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500113-45143282-M-0004198494-20060321 06069 06076A 02 2030809641

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024695850

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
RMO445	NISSAN	D22	2011

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.389	ROJO METALICO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	DOBLE CABINA	GASOLINA	1000 - 5

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KA24856143Z	N	JN1CDUD22Z0051001

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
JN1CDUD22Z0051001	N	JN1CDUD22Z0051001	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CONSTRUCTORA GT INGENIEROS S.A.S	NIT 901540083

Escaneado con CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
150

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882010000083140

I/E
I

FECHA IMPORT.
05/11/2010

PUERTAS
4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******



FECHA MATRÍCULA
19/10/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
04/12/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.

VALID 142451 09/20

LT06004232980

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 177848822

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA MOVILIDAD COLOMBIA

NIT: 901574042

No. de Certificado de Acreditación: 23-CDA-052

Fecha de expedición: 2024/12/12

Fecha de vencimiento: 2025/12/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	RMO445	**CLASE:**	CAMIONETA
MARCA:	NISSAN	**MODELO:**	2011
SERVICIO:	Particular	**COMBUSTIBLE:**	GASOLINA
CILINDRAJE:	2389	**NRO. MOTOR:**	KA24856143Z
NRO. CHASIS:	JN1CDUD22Z0051001	**VIN:**	JN1CDUD22Z0051001
LÍNEA:	D22		
COLOR:	ROJO METALICO		

NOMBRE PROPIETARIO: CONSTRUCTORA GT INGENIEROS S.A.S

FIRMA DEL RESPONSABLE

ALEXIS PINZON MARTINEZ

Escaneado con CamScanner

BUREAU VERITAS
Certification

CERTIFICATE OF CONFORMITY
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD

Nº CP / 5279 - 2011
Certificación Marca / Continua
(Esquema Tipo 5 ISO/IEC 17067:2010)

This certifies that the products:
Se certifica que los productos:

ANDAMIOS MULTIDIRECCIONALES
Referencias certificadas: 56. Ver anexo

Manufactured by:
Fabricado por:
RIZHAO FENGHUA SCAFFOLDINGS CO., LTD
Qianhuang Town Industrial Centralized Park, Wujin District, Changzhou,
Jiangsu, China. Post Code 213172

Imported by
Importado por:
GUSTAVO ADOLFO TORRES DUARTE
Carrera 48 No. 91-80
Bogotá-Colombia

Satisfies the requirements of the Standard
Satisface los requerimientos del estándar

NTC 1641 del 19 de Agosto de 1981 "Higiene y seguridad Andamios. Definición y Clasificación"
NTC 1642 del 19 de Agosto de 1981 "Higienes y Seguridad. Andamios Requisitos Generales de Seguridad"
NTC 1735 del 19 de Mayo de 1982 "Higiene y Seguridad. Andamios. Andamios Tubulares. Requisitos de Seguridad"
UNE EN 12810-1, UNE EN 12810-2, UNE EN 12811-1, UNE EN 12811-2, UNE EN 12811-3
ANSI A 10.8:2001

Made in:
Hecho en:

CHINA

This certificate is under the continuous compliance of BUREAU VERITAS CERTIFICATION general conditions, and is valid until
Este certificado está sujeto al continuo cumplimiento de las Condiciones Generales de BUREAU VERITAS CERTIFICATION y es válido hasta:

Mayo 22 de 2020
At / on
Emitido en:

Bogota, D.C. Mayo 24 de 2019

Alexander Toro Montoya
BUREAU VERITAS CERTIFICATION

ONAC
ACREDITADO
ISO/IEC 17065:2012
09-CPR-008

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ESLINGA CON ABSORVEDOR

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ESLINGA CON ABSORVEDOR	 
MARCA	INSAFE FALL PROTECTION	
SERIAL	151	
LOTE	21885	
FECHA DE FABRICACION	07/2021	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA	13/6/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X			
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general	X	x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X	X			
1,8	Quemaduras		X	Proteger de altas temperaturas o a chispas de soldadura		
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado		X	Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X	X	Proteger de las sustancias quimicas		
2	**MOSQUETONES / GANCHOS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general	X		Excelentes Condiciones		
2,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de		X			
2,5	Resorte con fallas		X			
2,6	Abertura de garganta incorrecta respecto al diámetro del elemento		X			
2,7	Corrosión		NA			
2,8	Oxidación		NA			
3	**COSTURAS**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Cortes o rotura en el hilo		X			
3,2	Hilos faltantes		X			
3,3	Quemaduras		X			
3,4	Exposicion a sustancias quimicas	X		Proteger de las sustancias quimicas		
3,5	Oxidación		X			
4	**ABSORVEDOR**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Desgaste excesivo o deformaciones		x	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Indicador de activación o sobrecarga		X			
4,5	Desplegado de absorbedor		X			
4,6	Recubrimiento protector (plástico)		X			
4,7	Otros		X			

CRITERIOS FINALES

4				
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**13/06/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Los ganchos perdieron su cromado de protección y presentan residuos de sustancias químicas, su cinta tiene sustancias quimicas		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		**NIT: 901.860.242 - 3**
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	 
MARCA	**LINK TECH**	
SERIAL	**410023060016**	
LOTE	**2306**	
FECHA DE FABRICACION	**06/2023**	
COLOR	**AMARILLO - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		**BUENO**	**MALO**	**PRECINTO No**	**FECHA**	**NORMA/ ESTANDAR**
		X		**NA**		**ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021**
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		**X**			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		**X**			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	**X**				
1,4	Grietas		**X**			
1,5	Estiramiento excesivo		**X**			
1,6	Deterioro general		**x**	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		**X**			
1,8	Quemaduras		**X**			
1,9	Deformaciones		**X**			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	**X**		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		**X**			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
2,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
2,3	Deterioro general		**x**	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		**X**			
2,5	Oxidación		**X**			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
3,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
3,3	Deterioro general		**X**			
3,4	Corrosión		**X**			
3,5	Oxidación		**X**			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
4,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
4,3	Deterioro general		**X**			
4,4	Corrosión		**X**			
4,5	Oxidación		**X**			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
5.2	estado de los los pasadores de		**X**			
5,3	Picaduras y/o grietas		**X**			
5,4	Deterioro general		**X**			
5,5	Corrosión		**X**			
5,6	Oxidación		**X**			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		**NO**	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
6,3	Deterioro general		**X**			
6,4	Otros		**X**			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**APTO**		**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	EPIS en condiciones de ser usado		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

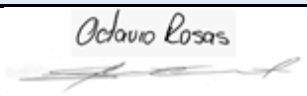
ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	147	
LOTE	A219102	
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021

1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X		
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X	
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X	
1,4	Grietas		X	
1,5	Estiramiento excesivo		X	
1,6	Deterioro general	X		Buenas Condiciones
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X		
1,8	Quemaduras		X	
1,9	Deformaciones		X	
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones
1,11	Está contaminado por químicos	X		
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
2,2	Picaduras y/o grietas		X	
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones
2,4	Corrosión		X	
2,5	Oxidación		X	
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
3,2	Picaduras y/o grietas		X	
3,3	Deterioro general		X	
3,4	Corrosión		X	
3,5	Oxidación		X	
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
4,2	Picaduras y/o grietas		X	
4,3	Deterioro general		X	
4,4	Corrosión		X	
4,5	Oxidación		X	
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X	
5.2	estado de los los pasadores de		X	
5,3	Picaduras y/o grietas		X	
5,4	Deterioro general		X	
5,5	Corrosión		X	
5,6	Oxidación		X	
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO
6,2	Picaduras y/o grietas		X	

6,3	Deterioro general			X	
6,4	Otros			X	
4	**CRITERIOS FINALES**				
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**		
2	**OBSERVACIONES**			**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	NO APTO				
	Equipo que se encuentra : Deterioro y deformacion por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, hilos en algunos remates y residuos de sustancias químicas en sus cintas				
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**			

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	149	
LOTE		
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones	X				
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Deterioro y deformacion por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, hilos en algunos remates y residuos de sustancias químicas en sus cintas		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

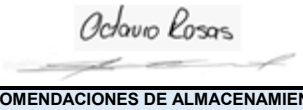
EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	148	
LOTE	A219102	
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo	X	X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones	X				
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X	X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			

6,3	Deterioro general			X	
6,4	Otros			X	
4	**CRITERIOS FINALES**				
1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**		
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**		**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	NO APTO				
	Equipo que se encuentra : Deformacion de por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, ruptura de cintas en su borde, hilos en algunos remates				
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**			

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

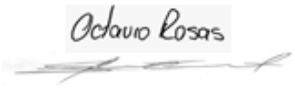
EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		**NIT: 901.860.242 - 3**
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	 
MARCA	**IXP SAFETY SYSTEMS**	
SERIAL	**138**	
LOTE	**A219102**	
FECHA DE FABRICACION	**10/2022**	
COLOR	**NARANJA - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		**BUENO**	**MALO**	**PRECINTO No**	**FECHA**	**NORMA/ ESTANDAR**
			X	**NA**		**ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021**
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	**X**				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	**X**				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		**X**			
1,4	Grietas		**X**			
1,5	Estiramiento excesivo		**X**			
1,6	Deterioro general		**x**	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	**X**				
1,8	Quemaduras		**X**			
1,9	Deformaciones	**X**				
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	**X**		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	**X**				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
2,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
2,3	Deterioro general		**x**	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		**X**			
2,5	Oxidación		**X**			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
3,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
3,3	Deterioro general		**X**			
3,4	Corrosión		**X**			
3,5	Oxidación		**X**			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
4,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
4,3	Deterioro general		**X**			
4,4	Corrosión		**X**			
4,5	Oxidación		**X**			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		**X**			
5.2	estado de los los pasadores de		**X**			
5,3	Picaduras y/o grietas		**X**			
5,4	Deterioro general		**X**			
5,5	Corrosión		**X**			
5,6	Oxidación		**X**			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		**NO**	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		**X**			
6,3	Deterioro general		**X**			
6,4	Otros		**X**			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con; Deformacion de por ficción en algunas cintas, residuos de sustancias químicas, ruptura de cintas en su borde, hilos en algunos remates y en las hebillas y ganchos ahi residuos de sustancias químicas y predida de cromado		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	
MARCA	**XP SAFETY SYSTEMS**	
SERIAL	**139**	
LOTE	**A219102**	
FECHA DE FABRICACION	**10/2022**	
COLOR	**NARANJA - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas		X			
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

2	**OBSERVACIONES**	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	NO APTO		
	Equipo que se encuentra con: Cintas con residuos de sustancias químicas y ruptura de hilos en algunos remates		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	
MARCA	XP SAFETY SYSTEMS	
SERIAL	144	
LOTE	A219102	
FECHA DE FABRICACION	10/2022	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR COMPETENTE	79793266 - 51912567	

REVISION

	ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
			X	NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas	X				
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido	X				
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos	X				
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos	X				
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			

4 CRITERIOS FINALES

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO. Inspectores de Equipos.**	Octavio Rosas

	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES DE USO	RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO
2	**NO APTO**		
	Equipo que se encuentra con: Cintas con residuos de sustancias químicas y ruptura de hilos en algunos remates		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	LINK TECH	
SERIAL	410123100044	
LOTE	2310	
FECHA DE FABRICACION	10/2023	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA		ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		NO	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	EPIS en en condiciones de ser usado			**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	
MARCA	LINK TECH	
SERIAL	410123100054	
LOTE	2310	
FECHA DE FABRICACION	10/2023	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		X	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	EPIS en en condiciones de ser usado			**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA **ANUAL**

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		**NIT: 901.860.242 - 3**
EQUIPO	**ARNES 4 ARGOLLAS**	
MARCA	**LINK TECK**	
SERIAL	**410123100063**	
LOTE	**2310**	
FECHA DE FABRICACION	**10/2023**	
COLOR	**NARANJA - NEGRO**	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	**OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO**	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	**79793266 - 51912567**	

REVISION

	ESTADO DEL EQUIPO	BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		X	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	

	OBSERVACIONES	**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
2	**APTO E**PIS en condiciones de ser usado		**Almacenar adecuadamente, proteger las cintas de áreas abrasivas y de contacto con sustancias químicas**
	Presenta residuos de sustancias químicas en algunas cintas		

3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**

INSPECCION TECNICA DE EQUIPOS

INSPECCION TECNICA ANUAL

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

ARNES

CONSORCIO SYOC - GT		NIT: 901.860.242 - 3
EQUIPO	ARNES 4 ARGOLLAS	 
MARCA	LINK TECH	
SERIAL	410123100283	
LOTE	2310	
FECHA DE FABRICACION	10/2023	
COLOR	NARANJA - NEGRO	
CODIGO INTERNO	NA	
REVISION TECNICA REALIZADA POR:	OCTAVIO ROSAS ADRIANA CRISTANCHO	
No. DE ACREDITACION INSPECTOR	79793266 - 51912567	

REVISION

ESTADO DEL EQUIPO		BUENO	MALO	PRECINTO No	FECHA	NORMA/ ESTANDAR
		X		NA	5/9/2024	ANSI Z359.1; ANSI Z359.12; CSA Z259.12; ANSI/ASSP Z359.11–2021
1	**CONDICIÓN DEL TEJIDO, CORREA Y/O REATA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas y/o desgarradas		X			
1,2	Costuras, cortes o rotura en el tejido		X			
1.3	Estado de las costuras de sujección buenas	X				
1,4	Grietas		X			
1,5	Estiramiento excesivo		X			
1,6	Deterioro general		x	Buenas Condiciones		
1,7	Corrosión por exposición ácidos o productos químicos		X			
1,8	Quemaduras		X			
1,9	Deformaciones		X			
1,1	Etiqueta Legible y en buen estado	X		Excelentes Condiciones		
1,11	Está contaminado por químicos		X			
2	**ARGOLLAS EN "D"DORSAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
2,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
2,2	Picaduras y/o grietas		X			
2,3	Deterioro general		x	Excelentes Condiciones		
2,4	Corrosión		X			
2,5	Oxidación		X			
3	**ARGOLLAS EN "D"FRONTAL**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
3,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
3,2	Picaduras y/o grietas		X			
3,3	Deterioro general		X			
3,4	Corrosión		X			
3,5	Oxidación		X			
4	**ARGOLLAS EN "D"LATERALES**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
4,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
4,2	Picaduras y/o grietas		X			
4,3	Deterioro general		X			
4,4	Corrosión		X			
4,5	Oxidación		X			
5	**HEBILLA DE CORREDERA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
5,1	Con deformaciones, desgaste excesivo y/o dobladuras		X			
5.2	estado de los los pasadores de		X			
5,3	Picaduras y/o grietas		X			
5,4	Deterioro general		X			
5,5	Corrosión		X			
5,6	Oxidación		X			
6	**PIEZA PLASTICA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**		
6,1	Desgaste excesivo o deformaciones		X	DETERIORO NORMAL POR EL USO		
6,2	Picaduras y/o grietas		X			
6,3	Deterioro general		X			
6,4	Otros		X			
4	**CRITERIOS FINALES**					

1	**FECHA DE INSPECCIÓN**	**05/09/2024**	**INSPECCIÓN REALIZADA: OCTAVIO ROSAS - ADRIANA CRISTANCHO.** **Inspectores de Equipos.**	
2	**OBSERVACIONES**		**RECOMENDACIONES DE USO**	**RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO**
	EPIS en buenas condiciones			**Almacenar adecuadamente, proteger de zonas abrasivas y de contacto de sustancias quimicas.**
	APTO			
3	**SOPORTES ENTREGADOS**	**SE ANEXA REGISTRO FOTOGRAFICO EN CARPETA; CERTIFICADOS, MANUAL DE USO Y FICHA TECNICA**		