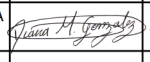
SISTEMA DE GESTIÓN **ASISTENCIA A EVENTOS**	ASIST_EVENT_RG VERSIÓN 4 Consultoría SGD Consorcio

PROCESO/PROYECTO: Contrato 4600102759-2024. Actualizar los estudios y diseños del proyecto vial Lateral Altavista. **CÓDIGO:** CSGD-EYD_MED

EVENTO: SE PROPORCIONAN LAS DIRECTRICES SST-MA,INDUCCION AL SG, SST, CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, POLITICAS, OBJETIVOS, MISION, VISION, OBJETIVOS, INDICADORES, REGLAMENTOS, RIESGOS, IMPACTOS, REQ CLIENTE, REQ LEY, REQ PARTES INTERESADAS, MATRICES, CANALES COMUNICACION,

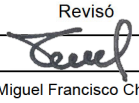
ORGANIGRAMA, DERECHOS, DEBERES, FUNCIONES, RESPONSABILIDADES, REPORTE ACCIDENTES, PLAN EMERGENCIAS, PARTES INTERESADAS, CONTEXTO, NOTIFICACIÓN EXAMEN EGRESO.

FECHA: 16 de octubre de 2025

Nº	NOMBRE	C.C.	CARGO	ENTIDAD	FIRMA	EFICACIA
1	DIANA MARCELA GONZÁLEZ MEJIA	1.001.097.224 de Bogotá	DELINEANTE	CONSORCIO CONSULTORIA SGD		SÍ
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS, INQUIETUDES Evaluacion de eficacia con prueba escrita anexa

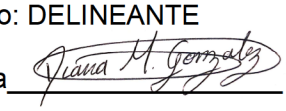
Escribir N.A. Cuando No Aplica. No dejar espacios en blanco

	Revisó	Vo.Bo. Especialista SST proyecto (Cuando se requiera)
Firma		
Nombre	Miguel Francisco Chunza	Adriana Carolina Verastegui P.
Cargo	Director	Profesional SST
Fecha	16 de octubre de 2025	16 de octubre de 2025

SISTEMA DE GESTIÓN **EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CAPACITACION**	EVAC_EFI_RG VERSIÓN 5

PROCESO/PROYECTO: Contrato 4600102759-2024. Actualizar los estudios y diseños del proyecto vial Lateral Altavista.

CÓDIGO CSGD-EYD_ME

Fecha: 16 de octubre de 2025
Capacitado: DIANA MARCELA GONZÁLEZ MEJIA
Cargo: DELINEANTE
Firma 

Selecciona la respuesta correcta:

1. ¿Cuál es la ARL a la que está afiliada la empresa? ☒SURA ☐BOLIVAR ☐POSITIVA	2. Son EPP que debo usar en vistas a proyectos ☒Casco, botas y tapabocas ☐Protectores auditivos y guantes ☐Guantes, tapabocas y traje anti fluidos
3. ¿Cuáles son los aspectos básicos de las políticas de la empresa? (HSEQ) ☒No tabaco, no alcohol, no drogas ☒Calidad, medio ambiente y salud ☐Clientes, trabajadores, proveedores y entes gubernamentales	4. Son responsabilidades SST del empleado ☐Pagar la seguridad social a tiempo y dar información veraz de mi salud ☒Participar en las actividades SST y reportar los accidentes de trabajo ☐Conocer la política y definir las responsabilidades SST
5. Riesgos a los que va a estar expuesto en SESAC son: ☒Ergonómico y público ☐Sicosocial y biológico ☐Todos los anteriores	6. Los indicadores ayudan a: ☐Medir el cumplimiento del horario ☐Medir el cumplimiento de funciones ☒Medir el cumplimiento de la política
7. ¿Quién aprueba los cambios en los documentos de la empresa? ☐Director de proyecto ☐Coordinador HSEQ ☒Gerente	8. Un proyecto se encuentra en el proceso: ☐Proceso directivo ☐Proceso de apoyo ☒Proceso ejecución proyectos
9. En caso de un accidente de trabajo debo ☐Reportar a la ARL ☒Informar a mi jefe inmediato ☐Espera para ver si el dolor me pasa	10. Dos impactos ambientales causados por SESAC son: ☒Agotamiento de recursos y contaminación suelo ☐Agotamiento de agua y reciclaje ☐Clasificación de residuos y ahorro de agua

Muchas gracias.

Resultado de la evaluación: Eficaz

Vo.Bo. Especialista SST proyecto: _____
(Cuando se requiera)

SISTEMA DE GESTIÓN **CONSTANCIA DE NOTIFICACION DE RIESGOS**	CONST_NOTI_RIES_RG ERSIÓN 1 Consultoría SGD Consorcio

La Dirección General del Proyecto, toma y asume la decisión prioritaria de mejorar las condiciones de trabajo y salud de sus trabajadores a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo por medio de la implementación de mejoras correctivas al proceso de producción y la destinación de recursos humanos, físicos financieros y respectivos.

La empresa se compromete a desarrollar el sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo fomentando la participación de todos los niveles de la organización que genere un compromiso general y colectivo de auto cuidado en cada uno de los trabajadores. Además establece que la prevención y control de los factores riesgos ocupacionales no son responsabilidad exclusiva de del área SST, sino de cada trabajador y especialmente de aquellos que tienen bajo su responsabilidad grupos de personas y áreas de trabajo.

Igualmente para efectuar el cumplimiento de las normas legales vigentes que establecen la obligatoriedad de los empleadores de velar por la salud de los trabajadores a su cargo, facilitara al personal la participación en todas las acciones propias del desarrollo del programa y conformara el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST para responder por la ejecución del sistema de gestión permanente de Seguridad y Salud en el Trabajo en los lugares de trabajo.

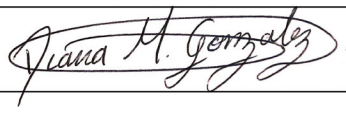
En tal sentido, y cumpliendo con lo establecido en la legislación en la Resolución 1016 de 1989 y en base al análisis e identificación de riesgos realizados, a continuación, encontrará la tabla de riesgos asociada al cargo, de acuerdo a las actividades que usted llevará a cabo en CONSORCIO SGD

Así mismo, le recordamos que usted ejerce un papel de suma importancia en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, por lo cual CONSORCIO SGD, le está informando los riesgos inherentes a las instalaciones y actividades que desempañará en su función de cargo, los medios de control y/o mitigación que le proporcionamos y las acciones que debe tomar para evitar que ocurran dichos eventos no deseables.

Nota: Una vez recibida la información contenida en la inducción y haber presentado la respectiva evaluación, firme en el sitio correspondiente, como señal de que ha comprendido los riesgos a los que está expuesto y aceptado la responsabilidad de cumplir las medidas de control contenidas en esta notificación de riesgos por puesto de trabajo.

Acepto que conozco los riesgos y las condiciones de seguridad de la zona señalada en la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y ACEPTACIÓN, los cuales han sido expuestos con suficiente claridad y compensados con el salario pactado. En constancia firmo la presente notificación en la ciudad de Bogotá.

Finalizando su contrato usted tiene derecho a realizarse el examen de egreso, el cual corre por parte de la empresa.

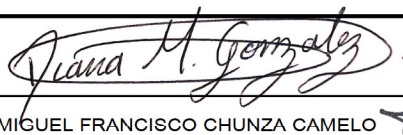
Recibido por el trabajador:		Supervisor del trabajador:	
Nombre:	DIANA MARCELA GONZÁLEZ MEJIA	Nombre:	Miguel Chunza
Cargo:	DELINEANTE	Cargo:	Director de Consultoría
D.I.:	1.001.097.224 de Bogotá	D.I.:	80.084.853
Fecha:	16 de octubre de 2025	Fecha:	16 de octubre de 2025
Firma:		Firma:	

Vo.Bo. Especialista SST proyecto: _____
(Cuando se requiera)

SISTEMA DE GESTIÓN **TABLA DE RIESGOS**	TABLA_RIESG_RG VERSIÓN 1	Consultoría SGD Consorcio

FECHA	16 DE OCTUBRE DE 2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR	DIANA MARCELA GONZÁLEZ MEJIA
IDENTIFICACION	1.001.097.224 de Bogotá
PROYECTO	Contrato 4600102759-2024. Actualizar los estudios y diseños del proyecto vial Lateral Altavista.
CARGO O ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	DELINEANTE

RIESGOS	MEDIDAS A IMPLEMENTAR
BIOMECANICOS: posturas prolongadas	Inspeccion de areas, inspeccion de equipos, uso de EPP, pausas activas
FISICOS: Cambios de temperatura, Radiaciones no ionizantes	Uso de protectro solar, consumo de bebidas hidratantes
CONDICIONES DE SEGURIDAD: Locativos (golpes, fracturas), Publicos, Riesgo vial	Uso EPP, respeto de normas de seguridad, induccion, inspeccion vehiculos, campañas seguridad pública
BIOLOGICOS: Contagio por COVID-19, picadura insectos	USO de EPP, respeto normas protocolo de bioseguridad, medidas autocuidado
PSICOSOCIAL: Condiciones de la tarea, carga mental, caracteristicas del grupo social.	Periodos de descanso, actividades de integracion, induccion, talleres de manejo de estrés

Firma del Trabajador:	
Elaboró:	MIGUEL FRANCISCO CHUNZA CAMELO 
Vo.Bo. Especialista SST proyecto: (Cuando se requiera)	

INSTRUCTIVO
FECHA: Se colocara la fecha en que se realiza la notificación de los riesgos al trabajador indicando día - mes - y año
NOMBRE: Indique el nombre completo del trabajador
IDENTIFICACION: Indique el numero de cedula del trabajador
CARGO O ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR: Indique la actividad o cargo que el trabajador va a desempeñar
RIESGO: Indique los riesgos a los que el trabajador esta expuesto en el proyecto
MEDIDAD A IMPLEMENTAR: Indique las medidas preventivas que se contemplan en el proyecto para la mitigación del riesgo
FIRMA DEL TRABAJADOR: Firma del trabajador con la cual se identifica en la cedula de ciudadanía
ELABORO: Se indica el nombre y firma de la persona que realizo la capacitación