INFORME MENSUAL DE SST

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

NIT. 804.000.013-2

CONTRATO DE OBRA No. SAMC-00-005

"MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA DE LA ESCUELA FILO DE CRUCES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA VICTORIA DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA - SANTANDER"

ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE LEBRIJA – SANTANDER
NIT.890.206.110-7

Lebrija, 20 de Octubre de 2025 – 19 de Noviembre de 2025

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVO	4
2. CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTOS SST	4
2.1. INGRESO DE PERSONAL	4
3. SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO	5
4. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRBAJO "COPASST"	5
5. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	6
6. SEGUIMIENTO DE AUTOREPORTES DE CONDICIONES DE SALUD	6
7. REGISTRO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	7
8. REGISTROS DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE LOS TRABAJADORES CON SUS RESPECTIVAS EVALUACIONES	7
9. INDICADORES DEL SG-SST	8
10. REGISTRO DE ENTREGA DE DOTACIÓN A LOS TRABAJADORES ASIGNADOS AL PROYECTO	9
11. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PLANILLAS DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	9
12. CONCEPTOS DE LOS EXAMENES DE INGRESO, PERIÓDICOS Y DE RETIRO DE LOS TRABAJADORES Y REGISTROS DE ENTREGAS DE RECOMENDACIONES MÉDICAS	9
13. GESTION DE LOS PELIGROS Y RIESGOS	10
14. REGISTROS DE LAS INSPECCIONES A LAS INSTALACIONES, MAQUINAS O EQUIPOS EJECUTADAS	11
15. GESTION DE EMERGENCIAS	11
16. GESTION DE CONTRATISTAS (INFORME DE AUDITORIAS A CONTRATISTAS)	11
17. REPORTE Y ESTADÍSTICA DE ACCIDENTALIDAD	11
18. INVESTIGACION DE ACCIDENTES	12
19. GESTION DE CIERRE DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	12

20. TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ATS 12
21. ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO 13
22. REGISTRO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS, HERRAMIENTAS, MAQUINAS Y REGISTROS DE CALIBRACIÓN DE EQUIPOS 13
23. PAZ Y SALVOS 14
24. LLAMADOS DE ATENCIÓN 14
25. ACTIVIDADES EN OBRA 14

INTRODUCCIÓN

Informe de seguimiento al **CONTRATO DE OBRA No. SAMC-00-005, "MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA DE LA ESCUELA FILO DE CRUCES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA VICTORIA DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA - SANTANDER"** del periodo comprendido entre el **20 de Octubre de 2025 – 19 de Noviembre de 2025**.

En los ítems siguientes se especifica a detalle los aspectos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo que son verificados por el especialista en SST y HSEQ de la obra y de COASCON S.A.S.

1. OBJETIVO

Evidenciar la gestión realizada en el periodo comprendido entre **20 de octubre de 2025 – 19 de noviembre de 2025,** por medio de registro fotográfico, soportes y anexos, específicos en cada requerimiento de seguridad y salud en el trabajo.

2. CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTOS SST

2.1. INGRESO DE PERSONAL

Una vez estudiadas las hojas de vida, hecho los exámenes de ingreso y verificado su resultado, se realizan las afiliaciones correspondientes al sistema de seguridad social integral y/o se revisan los respectivos soportes de afiliación, finalizado este proceso se realiza la inducción de seguridad y salud en el trabajo, dando cumplimiento a la ley 100/93 y a la resolución 1072 del SGSST a continuación se relaciona el personal de obra en el periodo comprendido entre el **20 de Octubre de 2025 – 19 de Noviembre de 2025.**

PERSONAL ADMINISTRATIVO

PERSONAL	CARGO	FECHA INGRESO
OSCAR JAVIER GUARIN	DIRECTOR	20 0ctubre de 2025
BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF. SST-HSEQ	20 0ctubre de 2025
ANDRES DAVID ANGARITA P	INGENIERO RESIDENTE	20 0ctubre de 2025
DOLY JOHANA JIMENEZ VARGAS	RESIDENTE SISO	20 0ctubre de 2025

Tabla 1. PERSONAL ADMINISTRATIVO



Gráfico 1. BASE DE DATOS PERSONAL ADMINISTRATIVO

PERSONAL OPERATIVO

IE LA VICTORIA

NOMBRE	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
EDGAR RODRIGUEZ	MAESTRO	27/10/2025	
JHON MONSQUERA	MAESTRO	27/10/2025	
ARMANDO ANTELIZ	OFICIAL	27/10/2025	
BRAYAN CAICEDO	AYUDANTE	27/10/2025	
BRAYAN GARCIA	AYUDANTE	27/10/2025	

Tabla 2. PERSONAL OPERATIVO _IE LA VICTORIA



Gráfico 2. BASE DE DATOS PERSONAL OPERATIVO IE LA VICTORIA

3. SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Durante el periodo de ejecución del proyecto, comprendido entre el **20 de octubre de 2025 – 19 de noviembre de 2025,** se actualiza cumplimiento al plan de trabajo anual de COASCON S.A.S.

1. Exámenes de Ingreso a empleados
2. Registro Seguridad Social Empleados Contratados
3. Capacitación Inducción Sistema de Gestión Empleados y Contratistas
4. Entrega de Dotación y EPP
5. Inspecciones
6. Plan de capacitación

4. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "COPASST"

COASCON S.A.S, se hace la invitación para la conformación del COPASST en el contrato de Lebrija N° SAMC-00-005, con fecha del 24 de octubre de 2025, se adjuntan invitación y actas de conformación del COPASST o vigía, se actualizará la vigencia del comité con

sus integrantes para una vigencia de dos años, según reglamentación del decreto 1072 de 2015.



Gráfico 3. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DEL COPASST

5. COMITÉ DECONVIVENCIA LABORAL

COASCON S.A.S, se hace la invitación para la conformación del comité de convivencia laboral con fecha del 23 de octubre de 2025, se conforma el comité de convivencia laboral, con una vigencia de dos años, para determinar un vigía en seguridad y salud en el trabajo principal y uno suplente, promoviendo el bienestar mental, físico y social de nuestros colaboradores. Se anexan actas de invitación y conformación.



Gráfico 4. SEGUIMIENTO AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

6. SEGUIMIENTO A LOS AUTO REPORTES DE CONDICIONES DE SALUD

En la contratación se solicitan los correspondientes exámenes de ingresos, se realiza la encuesta a las condiciones de salud y seguimiento exámenes de ingreso, según Resolución 2346/2007.

La Escuela Filo de Cruces, inició obra el 27 de octubre de 2025, con cuatro trabajadores operativos.

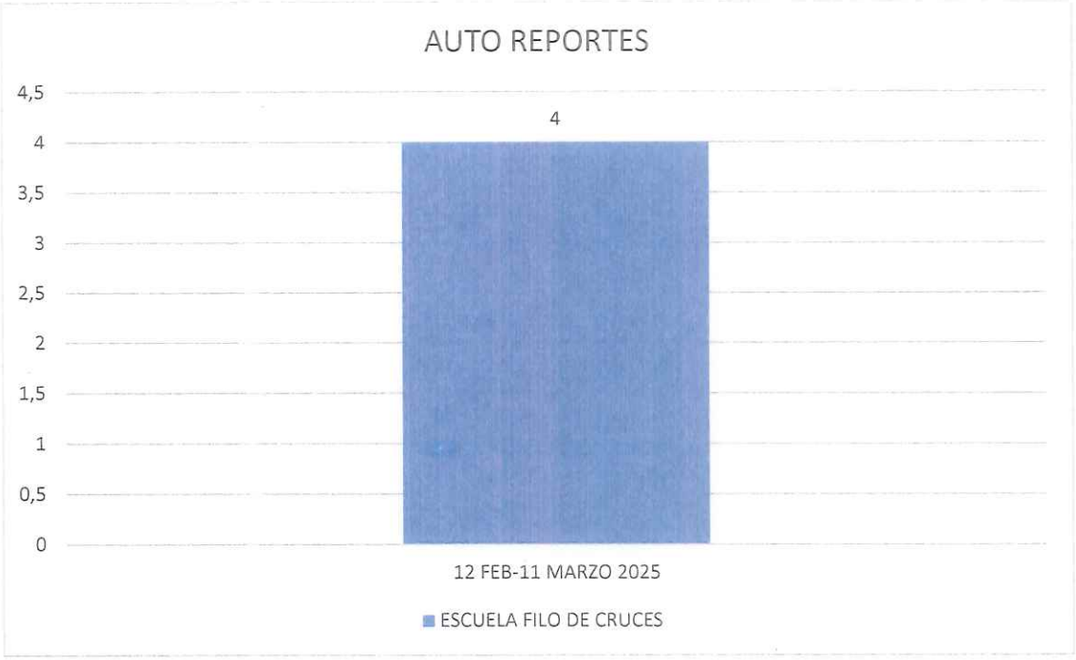


Gráfico 5. SEGUIMIENTO A LOS AUTO REPORTES DE CONDICIONES DE SALUD

7. **REGISTRO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO SST**

Durante el periodo comprendido entre el **20 de octubre de 2025 – 19 de noviembre de 2025**, se inició obra el 27 de octubre de 2025, en La IE La Victoria y se realizaron las siguientes charlas.

FECHA	CHARLA
20-10-2025	Reglamento en obra
27-10-2025	Importancia Uso de Epp's
4-11-2025	Orden y aseo
11-11-2025	Conformación de Brigadas
18-11-2025	COPASST- CONVILA

Tabla 3. IE LA VICTORIA _REGISTRO DE CHARLAS

No se tienen capacitaciones por parte de la ARL.

8. **REGISTROS DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE LOS TRABAJADORES CON SUS RESPECTIVAS EVALUACIONES.**

Se ejecutará al personal operativo la Capacitación de Inducción al sistema de gestión y su respectiva evaluación.
Se inició obra el 27 de octubre de 2025, en La IE La Victoria

Para realizar labores en altura el personal o trabajador debe tener las condiciones físicas y de salud necesaria para la actividad, las cuales deben estar **acreditadas** mediante **certificado médico – ocupacional** por médico especialista.

El personal debe contar con certificación de sus competencias técnicas en nivel avanzado de trabajo seguro en alturas.

Antes de iniciar las actividades, se debe realizar el Análisis de Trabajo Seguro – ATS- y diligenciar el permiso de trabajo en alturas.

Los elementos de protección personal –EPP- mínimos requeridos durante las actividades del proceso son:
Arnés de seguridad de seis (6) argollas que cumpla normatividad técnica.
Casco de seguridad con amarre (tipo barbuquejo), que cumpla con la normatividad técnica.
Mosquetones y eslingas
Zapatos de seguridad con suela antideslizante.
Guantes antideslizantes para trabajos mecánicos y de construcción

Según la resolución 4272 del 27 de diciembre de 2021, se considera trabajo de alturas: "toda actividad que realiza un trabajador que ocasione la suspensión y/o desplazamiento, en el que se vea expuesto a un riesgo de caída, mayor a 2.0 metros, con relación del plano de los pies del trabajador al plano horizontal inferior más cercano a él"., por lo tanto el mecanismo administrativo *permiso de trabajo en alturas ATS*, no se requiere porque dentro de la actividad que están desarrollando en este periodo en La IE La Victoria**, no hay alturas**.

21. ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Se realizan encuesta de perfil sociodemográfico que sirve además de recolectar información de las condiciones sociodemográficas de los trabajadores, respetando la confidencialidad, para analizar el ausentismo y la administración de la información clínica de los trabajadores.

22. REGISTROS DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS, HERRAMIENTAS, MÁQUINAS Y REGISTROS DE CALIBRACIÓN DE EQUIPOS.

COASCON SAS, establece el análisis de los equipos y construye la Hoja de Vida de Equipos, donde se documenta, el equipo y sus especificaciones.
Para el desarrollo de las diferentes actividades con tratadas se utilizaron variedad de Maquinaria, equipos y herramientas las cuales se relacionan a continuación:

IE LA VICTORIA

Nombre	Cantidad/unidad
Palas	2
Porras grandes	1
Carretilla	1
Palustre	1
Palín	
Cincel	1
Destornillador de estrella	1
Nivel	1

Fecha
08/04/2025

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	05/10/1983
Nombre:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Edad.:**	41
Documento:	C.C. 5570302	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	BARRIO CENTRO CARRERA 9	**Municipio:**	MALAGA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OFICIAL DE OBRA
Teléfono:	3147460502	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	**ARL:**	ARP SURA

Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades; 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y/o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

N/A

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

Jhon Mosq.

JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA
(5570302)

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

Fecha
05/04/2025



CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	21/07/1980	**Edad.:**	44
Nombre:	ARMANDO ANTELIZ JAIMES	**Documento:**	C.C. 91352169	**Escolaridad:**	SECUNDARIA
Cargo:	OFICIAL DE OBRA	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION	**Genero:**	MASCULINO
Estado Civil:	CASADO	**Dirección:**	CARRERA 18 BLOQUE 1 3 109		
Municipio:	PIEDECUESTA	**Teléfono:**	3183548411	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	**IMC:**	22.68

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	05/04/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal

OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias leve limitaciones de la movilidad mano izq sin importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Primera Dosis Jansen

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemielogica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a SERSALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

Armando Anteliz

ARMANDO ANTELIZ JAIMES
(91352169)

IPS SerSalud
Dra Olga Ramirez R.
Médico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

NIT 900808079-5



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	21/07/1980
Nombre:	ARMANDO ANTELIZ JAIMES	**Edad.:**	44
Documento:	C.C. 91352169	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CARRERA 18 BLOQUE 1 3 109	**Municipio:**	PIEDECUESTA
Teléfono:	3183548411	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal

Restricción

N/A

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

armando anteliz

ARMANDO ANTELIZ JAIMES
(91352169)

IPS Ser Salud
Dra Olga Prada R.
Médico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

Fecha
05/04/2025

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



NIT 900808079-5

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	21/07/1980
Nombre:	ARMANDO ANTELIZ JAIMES	**Edad.:**	44
Documento:	C.C. 91352169	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CARRERA 18 BLOQUE 1 3 109	**Municipio:**	PIEDECUESTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	OFICIAL DE OBRA
Teléfono:	3183548411	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Decreto **1072 de 2015**, Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades; 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Articulo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y /o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

N/A

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

Armando Antelz

ARMANDO ANTELIZ JAIMES
(91352169)

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha
08/04/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	05/10/1983	**Edad.:**	41
Nombre:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Documento:**	C.C. 5570302	**Escolaridad:**	SECUNDARIA
Cargo:	OFICIAL DE OBRA	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION	**Genero:**	MASCULINO
Estado Civil:	CASADO	**Dirección:**	BARRIO CENTRO CARRERA 9		
Municipio:	MALAGA	**Teléfono:**	3147460502	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	**ARL:**	ARP SURA	**IMC:**	29.06

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	08/04/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural

OBSERVACIONES FINALES

examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Segunda Dosis Jansen

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a SERSALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

Jhon Mosq.

JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA
(5570302)

IPS SerSalud
Dra Olga Ramirez R.
Médico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

NIT 900808079-5



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	05/10/1983
Nombre:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Edad.:**	41
Documento:	C.C. 5570302	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	BARRIO CENTRO CARRERA 9	**Municipio:**	MALAGA
Teléfono:	3147460502	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	**ARL:**	ARP SURA

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural

Restricción

N/A

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

Jhon Mosq.

JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA
(5570302)

IPS SerSalud
Dra Olga Ramirez R.
Médico-Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

COASCON SAS, cuenta con Matriz de indicadores donde se mide mes a mes accidentalidad (Frecuencia. Severidad, Prevalencia, Incidencia). Durante el periodo comprendido entre el **20 de octubre de 2025 – 19 de noviembre de 2025, no se presentó accidente laboral.**

IE LA VICTORIA

COASCON SAS

ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD Y EN

F-GI-64 | VERSION 1

1) ESTADISTICAS ACCIDENTALIDAD IE LA VICTORIA

Periodo Calculado: 01-01-2025 al 31-12-2025

Nº	MES	Nº EVENTOS ACCIDENTALIDAD				Nº PROMEDIO DE TRABAJADORES (XT)	Nº DE HORAS TRABAJADAS AL DIA (HTD)	TOTAL DIAS TRABAJADOS EN EL PERIODO (DTP)	Nº TOTAL HORAS EXTRAS EN EL PERIODO (NHE)	TOTAL DIAS DE INCAPACIDAD EN EL PERIODO	Nº TOTAL DE HORAS DE AUSENTISMO EN EL PERIODO (NHA)	HORAS HOMBRE TRABAJADAS EN EL PERIODO (HHT)
		SI	CI	Nº AT MORTALES	TOTAL EVENTOS							
1	ENERO											0
2	FEBRERO											0
3	MARZO											0
4	ABRIL											0
5	MAYO											0
6	JUNIO											0
7	JULIO											0
8	AGOSTO											0
9	SEPTIEMBRE											0
10	OCTUBRE	0	0	0	0	4	8	11	0	0	0	88
11	NOVIEMBRE	0	0	0	0	4	8	14	0	0	0	112
12	DICIEMBRE											0
	TOTAL	0	0	0	0	4	8	25	0	0	0	200

18. INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES

COASCON cuenta con todos los procesos para realizar reportes y las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales de acuerdo con la normatividad vigente y evidencias del cierre de los planes de acción. En este periodo no se han presentado accidentes laborales en La IE LA VICTORIA

19. GESTIÓN CIERRE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

COASCON S.A.S., determina **UNA ACCIÓN CORRECTIVA,** para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseada, con el propósito de evitar que vuelva a ocurrir, además la **ACCIÓN PREVENTIVA**: se toma para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. Estas acciones, se pueden derivar de las siguientes actividades:

- Resultados de las inspecciones y observación de tareas.
- Investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
- Auditorías internas y externas.
- Sugerencias de los empleados.
- Revisión por la alta dirección.
- Cambios en los procedimientos
- Cambios en los métodos de trabajo.

20. TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ATS

COASCON S.A.S., establece el control para el trabajo en alturas, revisando la certificación en trabajo seguro en alturas y generando todos los controles para el desarrollo diario de las actividades que generen riesgo. Además del uso de los equipos de protección contra caídas (arneses, líneas de vida, andamios en adecuado estado).

			autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización.			
Picaduras	Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)		Público (Robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	Precipitaciones (lluvias)
Mordeduras	Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta infraroja)	Material particulado			Trabajo en Alturas	
Fluidos o excrementos	Disconfort Térmico					

Tabla 4. GESTION DE LOS PELIGROS

Para mitigar y prevenir los riesgos, se tienen controles de ingeniería, controles administrativos como capacitaciones, señalización, inspecciones, EPP, Se establece la señalización dentro de la obra para promoviendo la prevención y el control de los peligros.

14. REGISTROS DE LAS INSPECCIONES A LAS INSTALACIONES, MÁQUINAS O EQUIPOS EJECUTADAS.

Se realiza inspecciones a las herramientas y se inspecciona el uso de los elementos de protección personal de los trabajadores enLa IE LA VICTORIA, se proyectan inspecciones para el próximo periodo

15. GESTIÓN EN EMERGENCIAS (capacitación a brigadistas, inspecciones, informe de evaluación de simulacros)

Se actualizó el MEDEVAC para La IE LA VICTORIA, se conforma la brigadas de emergencia en el siguiente periodo.

16. GESTIÓN DE CONTRATISTAS (INFORMES DE AUDITORÍAS A CONTRATISTAS)

COASCON SAS, lleva registro y control de cada uno de los proveedores a los que se les realiza formato de selección y evaluación, se tiene estipulado Manual de Contratistas el cual es socializado con los contratistas de Obra.

Se cuenta con Procedimiento lineamientos SST, para selección y evaluación de contratistas y proveedores.

En la obra se tiene en este momento 1 contratista "el maestro Jhon Mosquera" para La IE La Victoria.

COASCON S.A.S., hace todos los controles con respecto al personal contratado por cada uno de los contratistas, controles de exámenes de ingreso, afiliaciones, entrega de dotación, seguimiento a los trabajadores y pago de planillas de seguridad social.

17. REPORTE Y ESTADISTICA DE ACCIDENTALIDAD

- 4 exámenes de ingreso en La IE La Victoria

13. GESTIÓN DE LOS PELIGROS Y RIESGOS

COASCON S.A.S., cuenta con un panorama de riesgos actualizado, además bajo el sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se tiene documentadas y estandarizadas las actividades de riesgo a los que están expuestos los t rabajadores, promoviendo la prevención y control de los peligros.

Biológico	Físico	Químico	Psicosocial	Biomecánico	De Seguridad	Fenómenos Naturales *
Virus	Ruido (impacto intermitente y continuo)	Polvos orgánicos, inorgánicos	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitaciones	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos	Sismo
Bacterias	Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Fibras	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor	Esfuerzo	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	Terremoto
Hongos	Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Líquidos (nieblas y rocíos)	Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	Movimiento repetitivo	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	Vendaval
Ricketsias	Temperaturas externas (calor y frío)	Gases y vapores	Características de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	Manipulación manual de cargas	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	Inundación
Parásitos	Presión atmosférica (normal y ajustada)	Humos metálicos, no metálicos	Interfase persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa,		Accidentes de tránsito	Derrumbe

- **PROPORCIÓN DE ACCIDENTES MORTALES**

La proporción de accidentes de trabajo mortales es CERO, en este periodo de tiempo no se tienen accidentes laborales en, La IE La Victoria.

- **PREVALENCIA**

Analizando este indicador de prevalencia se determina que es CERO, porque no se tienen casos de enfermedad laboral presentes durante este periodo ni nuevos ni antiguos, La IE La Victoria.

- **INCIDENCIA**

Revisando la incidencia podemos determinar que el indicador es CERO, ya que no existen casos nuevos de enfermedad laboral en este periodo, para ningún trabajador en La IE La Victoria.

10. REGISTROS DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y ENTREGA DE SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A LOS TRABAJADORES ASIGNADOS AL PROYECTO

Procurando el bienestar y cuidado de nuestros trabajadores y teniendo en cuenta que en muchas ocasiones no es posible ejercer los controles directamente sobre la fuente, se procedió a realizar control sobre la persona, para lo cual se entregará en su momento de inicio de actividades, los elementos de protección personal, procurando dar mayor protección a los trabajadores durante el desempeño de sus labores.

Como son:

- Casco de seguridad
- Botas de seguridad con puntera
- Gafas
- Tapa oídos de inserción o de copa según corresponda
- Guantes
- Tapabocas

11. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS PLANILLAS DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

COASCON S.A.S., solicita, hace el seguimiento y el control del pago de las planillas de seguridad social del personal de COASCON y contratistas que se encuentran trabajando en obra, se verifica el pago de todos los parafiscales y la relación de los días laborados por el personal en obra, para este periodo se verifican las planillas desde el **20 de octubre de 2025 – 19 de noviembre de 2025.**
Se presentan planillas de:
COASCON SAS
Maestro Jhon Mosquera

12. CONCEPTOS DE LOS EXÁMENES DE INGRESO, PERIÓDICOS Y DE RETIRO DE LOS TRABAJADORES YREGISTROS DE ENTREGAS DE RECOMENDACIONES MÉDICAS

Establecer los lineamientos para la realización de los Exámenes Médicos de Ingreso, Periódicos (programados o por cambio de labor), de Egreso y Post Incapacidad, para los empleados contratistas y fijos. Se realizan los exámenes correspondientes de ingreso.

Se tienen en este periodo:

Tabla .5 IE LA

Extensiones eléctricas	2
Alicate	1
Flexómetro	2
Pulidora	1
Taladro	1
Barra	1
Pica	1
Cizalla	
Paladraga	2
Rodillos	3
Brochas	3

VICTORIA_REGISTRO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

23. PAZ Y SALVOS

Coascon SAS, verifica los paz y salvos de todos los trabajadores y contratistas que se encuentran vinculados al contrato.

Para este periodo no se tienen paz y salvos.

24. LLAMADOS DE ATENCIÓN

Dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, se encuentra el reglamento interno de trabajo y unas políticas claras de No consumo de sustancias y alcohol, y se tiene el comité de convivencia laboral para propender por el buen trato entre todas las personas que hacen parte de la construcción de La IE La Victoria, por este motivo se tiene un control de llamados de atención. En este periodo no hubo llamados de atención.

25. ACTIVIDADES EN OBRA

IE LA VICTORIA

- Desmonte de aparatos sanitarios
- Desmonte de lavaplatos
- Desmonte de puertas y ventanas
- Desmonte de tanque elevado
- Desmonte de cubierta (incluye estructura)
- Demolición de mesones en concreto
- Demolición de placa aérea
- Demolición de muros en mampostería
- Demolición de placa de piso
- Demolición de muro de contención en concreto
- Excavaciones
- Rellenos
- Instalación de tubería sanitaria
- Corte figurado y armado de acero de refuerzo
- Solado de limpieza concreto
- Malla electrosoldada
- Fundición de viga de cimentación, nivel -1,10 m
- Fundición de zapatas concreto 3000psi
- Fundición de muro de contención concreto 3000 psi
- Fundición de viga de cimentación nivel 0,0m

| | | |



Gráfico 6 SEGUIMIENTO INDUCCIONES

9. INDICADORES DEL SG-SST

Dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, (SGSST) se tiene establecido indicadores de estructura, proceso y resultado con los cuales se pretende medir y controlar la eficiencia y eficacia del mismo. A continuación, se presentan los indicadores que se encaminan hacia las labores que se ejecutan diariamente durante la ejecución de las obras, evidenciando el cumplimiento de estas.

Se realiza el seguimiento del registro de informe mensual de seguridad y salud en el trabajo a todos los trabajadores directos, independientes y subcontratistas que participan en la ejecución del proyecto.
Se analiza el número de trabajadores y se evidencia que se tiene para: la IE LA Victoria 4 trabajadores y se laboraron 25 días en el periodo.

- **FRECUENCIA**

La IE La Victoria, se analiza si hubo o no accidentes, en este periodo: no se presentaron accidentes, no se tienen incapacidades laborales ni de origen común por lo tanto la FRECUENCIA es CERO.

- **SEVERIDAD**

Al analizar el indicador de severidad de accidentalidad y revisar el número de días perdidos por accidente de trabajo en el mes, se concluye que es CERO por no presentarse ningún accidente laboral en La IE La Victoria.

- **AUSENTISMO**

Analizando el ausentismo en este periodo se tiene CERO, debido a que no hubo inasistencia al trabajo con incapacidad médica.

Se realizan encuesta de perfil sociodemográfico que sirve además de recolectar información de las condiciones sociodemográficas de los trabajadores, respetando la confidencialidad, para analizar el ausentismo y la administración de la información clínica de los trabajadores.

- Fundición de placa de ante piso
- Fundición de columnas en concreto 3000psi
- Fundición de vigas aéreas
- Fundición de columnetas de cuchilla
- Fundición de viga cinta para cuchilla
- Cuchillas en mampostería a la vista
- Instalación de estructura metálica para cubierta
- Instalación de cubierta en teja tipo sándwich
- Construcción de muros en ladrillo a la vista

Judith Bibiana Moreno Ramirez

BIBIANA MORENO RAMIREZ
PROF. SST- HSEQ
Lic. Resolución 12040 SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

DOLY JOHANA JIMENEZ VARGAS
RESIDENTE SISO
Lic. Resolución 04436 SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

Fecha
15/05/2025



CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO
OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	25/08/1993	**Edad.:**	31
Nombre:	BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO	**Documento:**	C.C. 1096955102	**Escolaridad:**	SECUNDARIA
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION	**Genero:**	MASCULINO
Estado Civil:	SOLTERO	**Dirección:**	CALLE 24 11 20		
Municipio:	MALAGA	**Teléfono:**	3142587638	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE	**IMC:**	25.68

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	15/05/2025	Normal	NINGUNA

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS, GRASAS, FRITOS, AUMENTAR EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS, REALIZAR EJERCICIO FISICO MODERADO, EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL.
Realizar actividades de acondicionamiento físico con ejercicios de fortalecimiento muscular 40minutos diarios (Esta recomendación es permanente.)

OBSERVACIONES FINALES

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD, SIN ALTERACION CLINICA EVIDENTE AL EXAMEN FISICO, SOBREPESO, APTO PARA REALIZAR SU LABOR.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
NINGUNA N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

No

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a SERSALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

Brayan Caicedo

BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO
(1096955102)

IPS SerSalud
Dra. Olga Ramírez R.
Medico-Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

NIT 900808079-5



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	25/08/1993
Nombre:	BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO	**Edad.:**	31
Documento:	C.C. 1096955102	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION
Estado Civil:	SOLTERO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CALLE 24 11 20	**Municipio:**	MALAGA
Teléfono:	3142587638	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS, GRASAS, FRITOS, AUMENTAR EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS, REALIZAR EJERCICIO FISICO MODERADO, EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL.
Realizar actividades de acondicionamiento físico con ejercicios de fortalecimiento muscular 40minutos diarios (Esta recomendación es permanente.)

Restricción

NINGUNA N/A

Conclusiones finales

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD, SIN ALTERACION CLINICA EVIDENTE AL EXAMEN FISICO, SOBREPESO, APTO PARA REALIZAR SU LABOR.

Brayan Caicedo

IPS SerSalud
Dra Olga Prada R.
Medico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO
(1096955102)

OLGA RAMIREZ
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

Fecha
15/05/2025

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑA	**Fecha de Nac.:**	25/08/1993
Nombre:	BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO	**Edad.:**	31
Documento:	C.C. 1096955102	**Actividad Economica:**	CONSTRUCCION
Estado Civil:	SOLTERO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CALLE 24 11 20	**Municipio:**	MALAGA
Escolaridad:	SECUNDARIA	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA
Teléfono:	3142587638	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE

Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades; 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y /o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

NINGUNA N/A

RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS, GRASAS, FRITOS, AUMENTAR EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS, REALIZAR EJERCICIO FISICO MODERADO, EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL.
Realizar actividades de acondicionamiento físico con ejercicios de fortalecimiento muscular 40minutos diarios (Esta recomendación es permanente.)

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

Brayan Caicedo

BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO
(1096955102)

IPS Salud Integral de Garcia Rovira	**IPS SALUD INTEGRAL DE GARCIA ROVIRA** **CONCEPTO APTITUD LABORAL** GESTIONAR SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL IPS: 019543/01/12/2011 SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD SANTANDER	CÓDIGO: FR-25 VERSIÓN: 02 Fecha: Octubre de 2019

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA	20/06/2025	CIUDAD	MALAGA

TIPO DE EVALUACION MEDICA LABORAL

INGRESO	X	PERIODICA		POST INCAPACIDAD		EGRESO		ALTURAS	

DATOS DE IDENTIFICACION

EMPRESA	JHON MOSQUERA	CARGO	AYUDANTE			
NOMBRES Y APELLIDOS	BRAYAN CAMILO GARCIA ORDUÑA	CC	1.096.959.597	EDAD	26	

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación Médica Laboral	X	Glicemia		Koh Uñas/Frotis Faringeo	
Evaluación Optometría		Perfil Lipídico		Coprológico/Uroanálisis	
Evaluación Visiometría		Cuadro Hemático			
Evaluación Audiometría		Serología			
Test Mental y Social		Espirometría			
Prueba Psicosensométrica		Electrocardiograma			

CONCEPTO DE APTITUD

SATISFACTORIO PARA INGRESO LABORAL	X	SATISFACTORIO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS		SATISFACTORIO EVALUACION PERIODICA LABORAL	
SATISFACTORIO PARA ESPACIO CONFINADO		NO SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
SATISFACTORIO MANIPULACION ALIMENTOS		NO SATISFACTORIO MANIPULACION ALIMENTOS	
SATISFACTORIO POST INCAPACIDAD MEDICA		SATISFACTORIO EVALUACION EGRESO LABORAL	

VALORACIONES Y RECOMENDACIONES

MEDICAS		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
Continuar Manejo EPS		Autocuidado Enfermedades Transmisibles	X	Normas Básicas de Buena Higiene	X
Seguimiento por ARL		Uso de EPP Propios del Oficio ó Actividad	X	Reducción de Peso Corporal	
REMISIONES A LA EPS		Prevención Riesgos Propios del Oficio	X	Dieta Hipocalórica / Hipoglucemica	
Otras Especialidades		Ingreso a SVE Osteomuscular		Realizar Actividad Física	
Medicina General		Ingreso a SVE Cardiovascular		Manejo de Dislipidemias	
Fonoaudiología		Ingreso a SVE Auditivo		Capacitación Riesgo Cardiovascular	
Nutrición		Ingreso a SVE Visual		Capacitación Higiene Postural	
Optometría		Adaptar Lentes para Lectura		Reducción Consumo de Licor	
Oftamología		Utilizar Lentes Formulados		Reducción Consumo de Cigarrillo	

OTRAS RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Certifico que no he omitido información sobre mi estado de salud por lo tanto puede ser verificado y confirmado. autorizo a la IPS Salud Integral de Garcia Rovira para que suministre la información aquí consignada a la empresa contratante para el buen cumplimiento de sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.

Dra. Aleidy Martinez Lara
Especialista U.M.B.
Salud Ocupacional
L.C. 68258 / 24
RM. 62848 / 87

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

FIRMA DEL TRABAJADOR

ARL | sura

Medellín, 26 de March 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 MOSQUERA TRASLAVIÑA JHON FREDY.

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 OBRA CIVIL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C91352169	ANTELIZ JAIMES ARMANDO	27/03/2025		23991231	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 26/03/2025 14:35:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.84.238, 192.230.104.4, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

* 01B 19607928 *

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

A635

FECHA DE RADICACIÓN 31 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACION — B. REPORTE DE NOVEDADES: Y
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — B. Cotizante o cabeza de familia: X — C. Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De oficio
3. REGIMEN: A. Contributivo: X — B. Subsidiado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI — NO: X
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado
7. CODIGO

A. AFILIACION

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Antelitz — SEGUNDO APELLIDO: jaimes — PRIMER NOMBRE: Armando — SEGUNDO NOMBRE
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X — 10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91.352169 — 11. SEXO BIOLÓGICO: X — 12. SEXO IDENTIFICACION: X — Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Santander Piedecuesta — 15. FECHA NACIMIENTO: 21 07 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6 — 17. COMUNIDAD INDIGENA — 18. DISCAPACIDAD: SI — NO: X — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD — 19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI — NO: X — 20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL
23. AFP — 24. IBC: 1.423.500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CN 17 bloque 9 # 3-109
TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR — CORREO ELECTRÓNICO: santyma9007212@gmail.com — DEPARTAMENTO: santander
MUNICIPIO/ DISTRITO: Piedecuesta — LOCALIDAD/COMUNA — ZONA: CABECERA MUNICIPAL — CENTRO POBLADO — X RURAL DISPERSO — RESTO RURAL — IPS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACION — Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

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. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACION	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAIS	DEPART.	MUNICIP.	42. FECHA NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
81												
82												
83												
84												
85												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. EDAD	45. CONVIVE	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	50. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
81														
82														
83														
84														
85														

	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 EL EPS
81							
82							
83							
84							
85							

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
CLARIBEL GONZALEZ E Clave A635
REGIONAL CENTRO ORIENTE
FECHA: 31-03-2025

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 razon social — 56. Tipo documento de identificación — 57. Numero del documento de identificación — 58. Tipo de aportante / subtipo — 59. Ubicación
Jhon Fredy Mosquera — CC — 5570302 — Dependent — CN 7 # 4-35 — 3147460502 — Infoafiliaciones2021@gmail.com — Santander — el guacamayo — X

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
A. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
B. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
C. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
D. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DATOS PARENTALES
E. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL SGSSS
F. REPORTE DE PARTOS A TRAVÉS DE UN TERCERO
G. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) DE AFILIADO COTIZANTE
H. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) DE AFILIADO COTIZANTE

10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL
11. INSCRIPCIÓN SEGUNDA VEZ AL SGSSS
12. INCLUSIÓN A ENTIDADES COLECTIVAS
13. EXCLUSIÓN DE ENTIDADES COLECTIVAS
14. CAMBIO DE RÉGIMEN
A. AL RECIBIDO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 62. SEXO BIOLÓGICO — 63. SEXO IDENTIFICACION — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 27 03 2025 — 67. MOTIVO DE RETIRO — Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR — CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR — Nombre de OFICINA — CIUDAD Y FECHA

SI DILIGENCIA SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO — Nombre del Tercero — Tipo de Identificación: NIT / CC / TI / CD / CE — Identificación del Tercero que realiza el Aporte — DV

Básica Primaria — Básica Secund. — Técnología — Maestría — Aprobado

ADVERTENCIA: LA FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PODRÁ CONSTITUIR FRAUDE A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ART. 367 DEL CÓDIGO PENAL, LEY 1273 DE 2009). LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO SERÁ VERIFICADA POSTERIORMENTE POR LA EPS. MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO EL AFILIADO AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA EPS PARA CONSULTAR, RECOLECTAR, ACTUALIZAR, ALMACENAR, USAR, CIRCULAR, TRANSMITIR O TRANSFERIR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013. MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO SE SOLICITA EL CAMBIO DE RÉGIMEN DE SALUD, EL CUAL SE REALIZARÁ DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. LA EPS PODRÁ NEGAR LA SOLICITUD DE TRASLADO CUANDO EL AFILIADO SE ENCUENTRE EN UNA SITUACIÓN QUE LE IMPIDA LA MOVILIDAD, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO EL AFILIADO AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA EPS PARA CONSULTAR, RECOLECTAR, ACTUALIZAR, ALMACENAR, USAR, CIRCULAR, TRANSMITIR O TRANSFERIR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013. MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO SE SOLICITA EL CAMBIO DE RÉGIMEN DE SALUD, EL CUAL SE REALIZARÁ DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. LA EPS PODRÁ NEGAR LA SOLICITUD DE TRASLADO CUANDO EL AFILIADO SE ENCUENTRE EN UNA SITUACIÓN QUE LE IMPIDA LA MOVILIDAD, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO EL AFILIADO AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA EPS PARA CONSULTAR, RECOLECTAR, ACTUALIZAR, ALMACENAR, USAR, CIRCULAR, TRANSMITIR O TRANSFERIR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1581 DE 2012 Y EL DECRETO 1377 DE 2013. MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO SE SOLICITA EL CAMBIO DE RÉGIMEN DE SALUD, EL CUAL SE REALIZARÁ DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. LA EPS PODRÁ NEGAR LA SOLICITUD DE TRASLADO CUANDO EL AFILIADO SE ENCUENTRE EN UNA SITUACIÓN QUE LE IMPIDA LA MOVILIDAD, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARMANDO ANTELIZ JAIMES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91352169,** se encuentra afiliado/a desde **03/06/2005** 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 26 de marzo de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250067170 **FECHA** 26/03/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
5570302	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MOSQUERA TRASLAVINA JHON FREDY

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
91352169	CÉDULA DE CIUDADANÍA	ANTELIZ	JAIMES	ARMANDO	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	CRA 17 bloque 1 # 3-109	CAMPO ALEGRE	PIEDECUESTA - SANTANDER	MÁLAGA - SANTANDER	21/07/1980

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
santymajo0721@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1423500	3183548411		27/03/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADÉMICA	UNIÓN LIBRE	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 13 de May 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 MOSQUERA TRASLAVIÑA JHON FREDY.

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 OBRA CIVIL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1096955102	CAICEDO BUITRAGO BRAYAN EDUARDO	14/05/2025		21940250	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 13/05/2025 17:07:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.86.57, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/05/2025, el empleador JHON FREDY MOSQUERA TRASLAVIÑO identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 5570302 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8770671	13/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1096955102	BRAYANEDUARDO CAICEDO BUITRAGO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-05-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.955.102**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

enga en cuenta:

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

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250094851 **FECHA** 13/05/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
5570302	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MOSQUERA TRASLAVINA JHON FREDY

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1096955102	CÉDULA DE CIUDADANÍA	CAICEDO	BUITRAGO	BRAYAN	EDUARDO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		cl 24 11a 20	MALAGA	MÁLAGA - SANTANDER	MÁLAGA - SANTANDER	25/08/1993

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
caicedobrayan989@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1423500	3142587638		14/05/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADÉMICA	SOLTERO	CASA	VIVE CON FAMILIARES

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 10 de June 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 MOSQUERA TRASLAVIÑA JHON FREDY.

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 OBRA CIVIL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1096959597	GARCIA ORDUÑA BRAYAN CAMILO	11/06/2025		44199fp1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/06/2025 09:10:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.86.57, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

BRAYAN CAMILO GARCIA ORDUÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.959.597**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Junio 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.

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250110449 **FECHA** 10/06/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
5570302	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MOSQUERA TRASLAVINA JHON FREDY

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1096959597	CÉDULA DE CIUDADANÍA	GARCIA	ORDUNA	BRAYAN	CAMILO

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: / PAIS:	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Heterosexual	HOMBRE		KR 11 N 11A 37	MALAGA	MÁLAGA - SANTANDER	MÁLAGA - SANTANDER	3/05/1999

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
jhonfred1983@hotmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
OBRERO		1423500	3147460502		11/06/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADÉMICA	SOLTERO	CASA LOTE	VIVE CON FAMILIARES

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

A. Cotizante X — A. Independiente / Cabeza o cabeza de Familia (Persona que sí aporta solidaridad) X — B. Dependiente — A. Cotizante X — A. Cotizante X — A. Dependiente X

B. Pensionado — C. Voluntario — B. Cabeza de familia — B. Independiente

C. Beneficiario — C. Pensionado

II. AFILIACION Y DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

3. Apellidos y nombres			
GARCIA	ORDUÑA	BRAYAN	CAMILO

4. Tipo de documento de identidad	5. Número del documento de identidad	6. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1096959597	Femenino — Masculino X	03 05 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos opcionales)

Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial		
6	No — Cuál?	40	SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	FONDO DE PENSIONES PORVENIR	

17. Ingreso bruto de cotización (IBC)	18. Residencia			
$1.423.500	CLL 11A 5 73		NT	3212270312
garciabrayan9923@gmail.com	BUCARAMANGA	Zona Urbana X Rural		SANTANDER

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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 Femenino — Masculino — 23. Fecha de nacimiento

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

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

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

	31. Discapacidad Tipo	Cuál?	32. Datos de residencia Municipio - Barrio	Zona Urbana - Rural	Teléfono	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (si aplica para el régimen de la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la IPS primaria seleccionada por el afiliado: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA — 6233 — Código de la IPS (suministrado por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES (DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE ORIGEN)

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra solo la EPS)
MOSQUERA TRASLAVIÑA JHON	CC	5570302	

39. Dirección	40. Código	41. Municipio	42. Departamento
CR 7 4 39 SECTOR 2	31474605	EL GUACAMAYO	SANTANDER

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Tipo de Novedad

1. Actualización de datos básicos de identificación — 2. Corrección de datos básicos de identificación — 3. Reactivación por documento de identidad — 4. Actualización y corrección de datos complementarios — 5. Novedad de no reporte de novedades — 6. Traslado de EPS — Código — 7. Reconocimiento de la UPC — 8. Traslado de beneficiarios o de afiliados adicionales — 9. Cambio de beneficiarios o de afiliados adicionales — 10. Inicio de relación laboral o actividad independiente — 11. Inicio de relación laboral o actividad independiente con condiciones para cotizar — 12. Terminación de la relación laboral o servicio o de las condiciones para cotizar — 13. Vacaciones o licencias remuneradas — 14. Inicio de relación laboral o actividad independiente diferente para mujeres embarazadas — 15. Vacaciones de una entidad diferente para mujeres embarazadas — 16. Modalidad A: Ajuste Cotización — 17. Modalidad A: Ajuste Mayores — 18. Traslado A: Ajuste Mayores — 19. Retiro de Mayores — 20. Retiro del traslado a la selección al pensionado — 21. Suspensión de la calidad de Beneficiario — 22. Retiro de la calidad de Beneficiario

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad — Número del documento de identidad — Sexo Femenino — Masculino — Fecha de nacimiento — 45. Fecha novedad 11 06 2025

46. EPS anterior: NINGUNA — 47. Motivo de traslado: Código — 48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de veracidad de la información diligenciada de los beneficiarios o afiliados adicionales.	
50. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Pensados o de Excepción.	
51. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
52. Declaración de no licencias, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una afiliación Prestadora de Servicios de Salud.	
53. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos, copia de historia clínica de cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	X
54. Autorización para que la EPS suministre información sobre semanas de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y en las entidades o bases que para tal efecto la reglamenten.	X
55. 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
56. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular dado, mensajes de texto.	X

NOMBRE, FIRMAS

Brayan Camilo Ordu.O. — Jhon Mosquera T.

IX. ANEXOS

58. Anexos (copia del documento de identidad)	Folios	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	Cantidad:									
	Total:									

57. Copia del protocolo de incapacidad temporal, cuando sea el afiliado un menor
60. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
61. Copia de la sentencia judicial o declaración 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
62. Copia del certificado de adopción al momento de entrega del trámite
63. Copia de la orden judicial o de acta administrativa de custodia
64. Copia del documento en que conste la patria potestad y certificado de defunción de los padres o la declaración jurada de la cotizante sobre la ausencia de los dos padres
65. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
66. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliados masivos
67. Copia del acto administrativo o providencia de los municipios categorizados en el que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68. Identificación de la Entidad Territorial: Código de municipio	Código de departamento	69. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	70. Fecha de aplicación	71. Fecha de validación

72. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad — Número del documento de identidad — OBSERVACIONES

73. Firma del funcionario

CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

Recuerde revisar la hoja instructiva, el alcance, condición y veracidad de la información registrada y de las declaraciones anteriores en el cuerpo de este formulario.

INTERNET

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9012098498

9012098498

CUESTIONARIO ENTREGA 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

	SI	NO
¿Previo al 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 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 resuelta oportunamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que la cargo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE de tratamiento de mis datos personales, no consentimiento de forma previa para colectar, almacenar, usar, circular, suprimir, actualizar y en lo general para tratar los DATOS PERSONALES DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información asociada de tratamiento de naturaleza a mi nombre y/o de los beneficiarios de un grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y demás contenidas en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION y AVISO DE PRIVACIDAD. Declaro que en www.famisanar.com.co Link, he sido informado de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, como el mencionado artículo.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello sea procedente (artículo 8° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como, aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, la vida sexual, y los datos biométricos. (Numeral 3 del artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del afiliado:

Brayan Camilo Garcia O.

Nombres y Apellidos: BRAYAN CAMILO GARCIA ORDUÑA

Identificación: CC 1096959597

AUTORIZACIÓN DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805 manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO X

Firma del afiliado:

Brayan Camilo Garcia O.

Nombres y Apellidos: BRAYAN CAMILO GARCIA ORDUÑA

Identificación: CC 1096959597

"ARTICULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales den su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (6) horas siguientes a la consumación de la muerte cerebral. El médico tratante deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hago en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, doy fe de todo lo anterior y certifico que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar _____

Huella

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 27/10/2025	**Lugar: ESCUELA FILO DE CRUCES**
Nombre: ARMANDO ANTELIZ JAIMES	
	Cédula: 91.352.169
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19: SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 3 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 3 meses

II. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: __27 ENERO 2026____
Lugar:_ESCUELA FILO DECRUCES

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
ARMANDO ANTELIZ J	OFICIAL	armando anteliz
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	Judith Bibiana Moreno Ramirez

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 27/10/2025	**Lugar: ESCUELA FILO DE CRUCES**
Nombre: BRAYAN CAMILO GARCIA	
	Cédula: 1.096.959.597
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 3 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 3 meses

II. OBSERVACIONES

.

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____

Próxima reunión:

Fecha: __27 ENERO 2026____
Lugar:_ESCUELA FILO DECRUCES

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
BRAYAN CAMILO GARCIA	AYUDANTE	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

ACTA DE SEGUIMIENTO

Fecha: 27/10/2025	**Lugar: ESCUELA FILO DE CRUCES**
Nombre: BRAYAN EDUARDO CAICEDO BUITRAGO	
	Cédula: 1.095.955.102
Hora de inicio: 8:00 am	**Hora de finalización: 8:30 am**

I. TEMAS TRATADOS:

1. Explicación del resultado del examen médico ocupacional: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

2. Recomendaciones médicas:

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

3. Recomendaciones ocupacionales: USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD. HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS.

4. Con restricciones laborales NINGUNA

5. Otras recomendaciones: tomar medidas de bioseguridad para evitar contagio COVID 19; SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

II. COMPROMISOS

Compromiso	Responsable	Fecha Limite
Compromiso, asistir a las capacitaciones	Trabajador	Según se dicten en la obra
Compromiso Realizar actividad física, estilo de vida saludable, dieta balanceada	Trabajador	Próximo seguimiento en 3 meses

Compromiso Realizar pausas activas, higiene postural, uso adecuado de EPP, cumplir con protocolos de bioseguridad	Trabajador	Próximo seguimiento en 3 meses

II. OBSERVACIONES

¿Cumple con las recomendaciones y/o restricciones médicas de desempeño laboral? **SI __X_____ NO_____ NO APLICA_____**

Próxima reunión:

Fecha: __27 ENERO 2026____
Lugar:_ESCUELA FIKLO DE CRUCES

IV. ASISTENCIA

Nombre	Cargo	Firma
JHON FREDY MOSQUERA	MAESTRO	
Bibiana Moreno Ramírez	Prof. SST	

V. ANEXOS

COAGCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE OBRA PARA EL MEDEVAC		
	VERSION 1	FECHA DE ACTUALIZACION: FEBRERO 2024	PAGINA 1 DE 1

PROYECTO:
EJECUTAR EL DIAGNÓSTICO Y OBRAS NECESARIAS PARA EL MEJORAMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA REQUERIDA POR EL FONDO DE FINANCIAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA – FFIE EN EL TERRITORIO NACIONAL

ITEM	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA	CELULAR/TELÉFONO
1	Jhon Fredy Mosquera.	5570032	~~contra~~ Maestro	Yanina Alvarez	3125891974
2	Armando Antelis Jaimes	91352169	Oficial	Laura Acevedo	3027392451
3	Brayan Eduardo Calcedo B.	1095955102	Ayudante	Maria Nely Buitrago	3213899820
4	Brayan Camilo Garcia	1095959591.	Ayudante	Carlos leal	3209806814
5	Edgar Rodriguez Pico	1095799717	Maestro	Monica Tamaris	3219934949

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56-SST
Tema: Reglamento en Obra.
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE la Victoria - Filo de Cuces
Fecha: 20-10-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Maestro	Jhon Fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	7095955102	ayudante	Brayan	
3	Brayan Garcia	1096959597	ayudante		
4	Armando Anteliz	91952169	oficial	Armando Anteliz	
5	Edgar Rodriguez	1095799717	Maestro	Edgar Rodriguez	
6	Dorly Jimenez	37559609	SISO		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56-SST
Tema: importancia del uso de EPP'S.
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE La Victoria- Filo de Cruces
Fecha: 27-10-2025 Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Maestro	Jhon Fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante	Brayan	
3	Brayan Garcia	1096959797	Ayudante		
4	Armando Anteliz	91352769	Oficial	Armando Anteliz S	
5	Edgar Rodriguez	1095799717	maestro	Edgar Rodriguez	
6	Dolly Jimenez	37559609	SISO		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56-SST
Tema: Orden y aseo
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE la Victoria - Filo de Cruces
Fecha: 4-11-2025 Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Contmaestro	Jhon fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante		
3	Brayan Garcia	1096959397	ayudante		
4	Armando Anteliz	91352169	oficial		
5	Edgar Rodriguez	1095799717	maestro	Edgar Rodriguez	
6	Doly Jimenez	37571609	SISO		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: conformación de Brigadas
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE La Victoria - Filo de Cruces
Fecha: 11-11-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Maestro.	Jhon Fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante		
3	Brayan Garcia	1096959597	Ayudante		
4	Armando Anteliz	91352769	Oficial	Armando Anteliz S.	
5	Edgar Rodriguez	1095799717	Maestro	Edgar Rodriguez	
6	Daly Jimenez	37559609.	Aseo		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: COPASST - convite
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE. La Victoria - Filo de Cruces
Fecha: 18-11-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Brayan Garcia	1096959597	Ayudante.		
2	Jhon Mosquera	5570032	Maestro.	Jhon Fredy Mosquera	
3	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante		
4	Armando Anteliz	91352769	Oficial		
5	Edgar Rodriguez	1095799717	Maestro	Edgar Rodriguez	
6	Dily Jimenez	37559609	Si Su		
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCION	ACTA DE REUNION	Código : F-CO-
		Revisión : 1
		Página 1 de 1

☐ CAPACITACIÓN ☒ OTROS

Fecha: 11 Noviembre 2025 **Hora de Iniciación:** 8:00 **Hora de Terminación:** 8:30am

Lugar: Esc Filo de Cruces (Lebrija) **Pág.:** 1 de 1 **Acta No.** 2

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. Edgar Rodriguez	Maestro.	Edgar Rodriguez
2. Jhon Fredy Mosquera	Contra maestro	Jhon Fredy Mosquera
3. Armando Anteliz	Oficial	Armando Anteliz J.
4. Brayan E. Caicedo.	Ayudante	
5. Brayan C. Garcia	Ayudante	
6. Andres. Angarita	Ing Residente.	
7. Doly Johana Jimenez.	Resid. SISO	
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

1. ELECCION BRIGADA EMERGENCIA:

Se elige de forma unánime al señor ARMANDO ANTELIZ como vigia

COASCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	ACTA DE REUNION	Código : F-CO-
		Revisión : 1
		Página 1 de 1

☐ CAPACITACIÓN ☒ OTROS

Fecha: 4 Noviem/2025 **Hora de Iniciación:** 8:00 **Hora de Terminación:** 8:30 pm

Lugar: Edc Filo de Cruces (LEBRIJA) **Pág.:** 1 de 1 **Acta No.** 1

ASISTENTES

NOMBRE	EMPRESA / CARGO	FIRMA
1. Edgar Rodriguez	Maestro	Edgar Rodriguez
2. Jhon Fredy Mosquera	Contramaestro	Jhon Fredy Mosquera
3. Armando Anteliz	Oficial	Armando Anteliz S
4. Brayan E. Caicedo	Ayudante	Brayan
5. Brayan C. Garcia	Ayudante	
6. Andres. Angarita.	Ing. Residente	
7. Doly Johana Jimenez	Resid SISO	
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

TEMAS TRATADOS

1 CONFORMACION BRIGADA DE ASEO (ELECCION)
Se elige por unanimidad a los señores. BRAYAN EDUARDO CAICEDO y BRAYAN CAMILO GARCIA

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO INDUCCIÓN PERSONAL HSEQ			
	F-GI-12	VERSIÓN: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 1

NOMBRE DEL NUEVO EMPLEADO	Jhon F Mosquera	FECHA:	27-10-25
CARGO A DESEMPEÑAR	Maestro		
JEFE INMEDIATO DEL NUEVO CARGO	Coascon	CARGO:	

INFORMACIÓN GENERAL

Con mi firma manifiesto que recibí la inducción de la empresa, conozco, comprendo y acepto los riesgos a que estaré expuesto durante el desarrollo de mi labor al interior de COASCON SAS, y las obras que se ejecuten en su nombre, al igual que las recomendaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.

ITEMS	SI	FECHA	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE DAR LA INDUCCIÓN	CARGO
1. PRESENTACION GENERAL DE LA EMPRESA (Recorrido por las instalaciones, presentación del personal)	✓	27-10-25	Bibiana H	prof SST
2. PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN	✓	27-10-25	Bibiana H	prof SST
3. INDUCCIÓN GENERAL (Misión, Visión, Organigrama, Mapa de procesos)	✓	27-10-25	Bibiana H	prof SST
4. INDUCCIÓN ESPECÍFICA SST (Procesos, Procedimientos, Formatos, Funciones de su cargo, Peligros y Riesgos,Accidentes e incidentes, Manejo adecuado de recursos naturales, Orden y aseo,Alcohol y drogas, Derechos y deberes HSE)	✓	27-10-25	Bibiana H	prof SST
5. PROGRAMAS DEL SST Entrega de Manual de Funciones propias del cargo Prevención de la contaminación Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales Generalidades manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos Programa de manejo adecuado de sustancias químicas. Trabajos de alto riesgo - Sistema de permisos de trabajo.	✓	27-10-25	Bibiana H	prof SST
6. NORMAS DE LA EMPRESA Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo Reglamento de higiene y seguridad industrial. Normas y estándares de seguridad de la empresa	✓	27-10-25	Bibiana H	prof SST

FIRMA DEL GERENTE GENERAL

FIRMA DEL LIDER HSEQ

Jhon F. Mosquera

FIRMA DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

COASCON	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GG-48	VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO			
NOMBRE: Jhon F Mosquera	CEDULA: 5570302	FECHA INGRESO:	27-10-25
CARGO: Maestro			

TEMAS TRATADOS	FIRMA CAPACITADOR / FIRMA TRABAJADOR	
1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2.CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO 3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19	Jhon Mosquera	
	FECHA:	27-10-25
	HORA:	

TEMAS TRATADOS	FIRMA CAPACITADOR / FIRMA TRABAJADOR	
1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 2.CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO	Jhon Mosquera	
	FECHA:	27-10-25
	HORA:	

TEMAS TRATADOS	FIRMA CAPACITADOR / FIRMA TRABAJADOR	
1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL	Jhon Mosquera	
	FECHA:	27-10-25
	HORA:	

COAGCON INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN	EVALUACION DE LA INDUCCION HSEQ			
	F-GI-13	VERSIÓN: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 3

Nombre: Jhon Fredy Mosquera

NOTA: 50

Cargo: Maestro Fecha: 27-10-25

1. ¿Cuáles son las políticas con las cuáles cuenta la empresa? (Múltiple respuesta)
   A. Política de gestión integral
   B. Política de no consumo de tabaco, alcohol y drogas
   C. Política de comportamiento en la vía
   D. Política de seguridad y salud en el trabajo
   E. Todas las anteriores
   F. Ninguna de las anteriores

2. Una de las responsabilidades de los trabajadores en cuanto a seguridad y salud del trabajo y medio ambiente es Utilizar los elementos de Protección Personal que la empresa le ha asignado y mantenerlos adecuadamente dándole el uso debido
   A. SI
   B. NO

3. Escoja 3 riesgos a los que está expuesto en su cargo
   A. Riesgo físico (Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones)
   B. Riesgo biológico (Virus, bacterias, hongos, parásitos, mordeduras, fluidos o excrementos)
   C. Riesgo biomecánico (Postura, esfuerzo, movimiento repetitivo, manipulación manual de cargas)
   D. Riesgo psicosocial (Gestión organizacional, características de la organización del trabajo, características del grupo social de trabajo, condiciones de la tarea, interface persona – tarea, jornada de trabajo)
   E. Riesgo químico (Polvos, fibras, gases y vapores, humos, material particulado)
   F. Riesgo mecánico
   G. Riesgo locativo
   H. Riesgo eléctrico
   I. Riesgo publico
   J. Tecnológico
   K. Transito
   L. Alturas
   M. Espacios confinados

4. Seleccione 2 recomendaciones para disminuir el riesgo cardiovascular

   A. Realice pausas activas
   B. Tome café
   C. Buenos hábitos alimenticios
   D. Tener un estilo de vida saludable
   E. Usar elementos de protección personal
   F. Tomar bebidas alcohólicas

5. Que efectos sobre el trabajador tiene el riesgo psicosocial
   A. Problemas de salud
   B. Desmotivación e insatisfacción
   C. Depresión
   D. Dificultades en las relaciones laborales
   E. Ninguna de las anteriores
   A. Todas las anteriores

6. Fuentes de riesgo eléctrico son:

   A. Equipos electrónicos
   B. Aceites y combustibles
   C. Arnés de seguridad
   D. Todas la anteriores

7. Controles para el riesgo de seguridad vial son:

   A. Uso de arnés
   B. Manejo defensivo
   C. Uso de batas y tapabocas
   D. Todas anteriores

8. El Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo o Vigía es un organismo integrador entre el empleador y sus trabajadores y puente para divulgar las actividades de salud ocupacional al interior de las empresas
   A. Verdadero
   B. Falso

9. De las siguientes, cuáles son funciones del comité de convivencia laboral:
   A. Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos
   B. Elaborar el panorama de riesgos de la empresa

C. Comunicar a la alta dirección en aquellos casos que no se logre un acuerdo o no se cumplan las condiciones
D. Identificar los aspectos e impactos significativos de la empresa

10. El plan de emergencia toma en cuenta aspectos como :
A. Control de incendios
B. Control de plagas
C. Primeros auxilios
D. Evacuación y rescate
E. Control de vacunación

11. Codificación de colores de residuos que existen en la empresa y su clasificación son Verde: ordinarios, Gris: reciclables, Rojo: residuos peligrosos, Azul: plásticos

A. SI
B. NO

FIRMA EVALUADOR _____

FIRMA EVALUADO Jhon Fredy Mosquera

Nota: Para los trabajadores con dificultad para leer, por favor facilitar el proceso de la evaluación.

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO INDUCCIÓN PERSONAL HSEQ			
	F-GI-12	VERSIÓN: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 1

NOMBRE DEL NUEVO EMPLEADO	Brayan E. Caicedo	FECHA:	27-10-25.
CARGO A DESEMPEÑAR	Ayudante		
JEFE INMEDIATO DEL NUEVO CARGO	Uhon Mosquera	CARGO:	Maestro

INFORMACIÓN GENERAL

Con mi firma manifiesto que recibí la inducción de la empresa, conozco, comprendo y acepto los riesgos a que estaré expuesto durante el desarrollo de mi labor al interior de COASCON SAS. y las obras que se ejecuten en su nombre, al igual que las recomendaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.

ITEMS	SI	FECHA	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE DAR LA INDUCCIÓN	CARGO
1. PRESENTACION GENERAL DE LA EMPRESA (Recorrido por las instalaciones, presentación del personal)	x	27-10-25	Bibiana M	PROF SST
2. PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN	x	27-10-25	Bibiana M	PROF SST
3. INDUCCIÓN GENERAL (Misión, Visión, Organigrama, Mapa de procesos)	x	27-10-25	Bibiana M	PROF SST
4. INDUCCIÓN ESPECÍFICA SST (Procesos, Procedimientos, Formatos, Funciones de su cargo, Peligros y Riesgos, Accidentes e incidentes, Manejo adecuado de recursos naturales, Orden y aseo, Alcohol y drogas, Derechos y deberes HSE)	x	27-10-25	Bibiana M	PROF SST
5. PROGRAMAS DEL SST Entrega de Manual de Funciones propias del cargo Prevención de la contaminación Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales Generalidades manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos Programa de manejo adecuado de sustancias químicas. Trabajos de alto riesgo - Sistema de permisos de trabajo.	x	27-10-25	Bibiana M	PROF SST
6. NORMAS DE LA EMPRESA Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo Reglamento de higiene y seguridad industrial. Normas y estándares de seguridad de la empresa	x	27-10-25	Bibiana M	PROF SST

FIRMA DEL GERENTE GENERAL

FIRMA DEL LIDER HSEQ

Brayan E. Caicedo

FIRMA DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

COASCON	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GG-48	VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO		
NOMBRE: Bryan E. Coiredo	CEDULA: 1095955102	FECHA INGRESO: 27-10-25.
CARGO: Ayudante		

TEMAS TRATADOS 1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2.CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO 3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19	FIRMA CAPACITADOR Bryan Coiredo FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-25 HORA:

TEMAS TRATADOS 1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 2.CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO	FIRMA CAPACITADOR Bryan Coiredo FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-25 HORA:

TEMAS TRATADOS 1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL	FIRMA CAPACITADOR Bryan Coiredo FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-25 HORA:

COAGCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	EVALUACION DE LA INDUCCION HSEQ			
	F-GI-13	VERSIÓN: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 3

Nombre: Mayra E. Cañedo

Cargo: Auxiliar Fecha: 27-10-20

NOTA: 4,0

1. ¿Cuáles son las políticas con las cuáles cuenta la empresa? (Múltiple respuesta)
   A. Política de gestión integral
   B. Política de no consumo de tabaco, alcohol y drogas
   C. Política de comportamiento en la vía
   D. Política de seguridad y salud en el trabajo
   E. Todas las anteriores
   F. Ninguna de las anteriores

2. Una de las responsabilidades de los trabajadores en cuanto a seguridad y salud del trabajo y medio ambiente es Utilizar los elementos de Protección Personal que la empresa le ha asignado y mantenerlos adecuadamente dándole el uso debido
   A. SI
   B. NO

3. Escoja 3 riesgos a los que está expuesto en su cargo
   A. Riesgo físico (Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones)
   B. Riesgo biológico (Virus, bacterias, hongos, parásitos, mordeduras, fluidos o excrementos)
   C. Riesgo biomecánico (Postura, esfuerzo, movimiento repetitivo, manipulación manual de cargas)
   D. Riesgo psicosocial (Gestión organizacional, características de la organización del trabajo, características del grupo social de trabajo, condiciones de la tarea, interface persona – tarea, jornada de trabajo)
   E. Riesgo químico (Polvos, fibras, gases y vapores, humos, material particulado)
   F. Riesgo mecánico
   G. Riesgo locativo
   H. Riesgo eléctrico
   I. Riesgo publico
   J. Tecnológico
   K. Transito
   L. Alturas
   M. Espacios confinados

4. Seleccione 2 recomendaciones para disminuir el riesgo cardiovascular

   A. Realice pausas activas
   B. Tome café
   C. Buenos hábitos alimenticios
   D. Tener un estilo de vida saludable
   E. Usar elementos de protección personal
   F. Tomar bebidas alcohólicas

5. Que efectos sobre el trabajador tiene el riesgo psicosocial
   A. Problemas de salud
   B. Desmotivación e insatisfacción
   C. Depresión
   D. Dificultades en las relaciones laborales
   E. Ninguna de las anteriores
   A. Todas las anteriores

6. Fuentes de riesgo eléctrico son:

   A. Equipos electrónicos
   B. Aceites y combustibles
   C. Arnés de seguridad
   D. Todas la anteriores

7. Controles para el riesgo de seguridad vial son:

   A. Uso de arnés
   B. Manejo defensivo
   C. Uso de batas y tapabocas
   D. Todas anteriores

8. El Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo o Vigía es un organismo integrador entre el empleador y sus trabajadores y puente para divulgar las actividades de salud ocupacional al interior de las empresas
   A. Verdadero
   B. Falso

9. De las siguientes, cuáles son funciones del comité de convivencia laboral:
   A. Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos
   B. Elaborar el panorama de riesgos de la empresa

C. Comunicar a la alta dirección en aquellos casos que no se logre un acuerdo o no se cumplan las condiciones
D. Identificar los aspectos e impactos significativos de la empresa

10. El plan de emergencia toma en cuenta aspectos como :
(A) Control de incendios
B. Control de plagas
(C) Primeros auxilios
(D) Evacuación y rescate
E. Control de vacunación

11. Codificación de colores de residuos que existen en la empresa y su clasificación son Verde: ordinarios, Gris: reciclables, Rojo: residuos peligrosos, Azul: plásticos

(A) SI
B. NO

FIRMA EVALUADOR _____

FIRMA EVALUADO Bryan E. Caicedo

Nota: Para los trabajadores con dificultad para leer, por favor facilitar el proceso de la evaluación.

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN	REGISTRO INDUCCIÓN PERSONAL HSEQ			
	F-GI-12	VERSIÓN: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 1

NOMBRE DEL NUEVO EMPLEADO	Bryan C. Garda	FECHA:	27-10-25
CARGO A DESEMPEÑAR	Ayudante		
JEFE INMEDIATO DEL NUEVO CARGO	Shon Hosgiera	CARGO:	Maestro

INFORMACIÓN GENERAL

Con mi firma manifiesto que recibí la inducción de la empresa, conozco, comprendo y acepto los riesgos a que estaré expuesto durante el desarrollo de mi labor al interior de COASCON SAS, y las obras que se ejecuten en su nombre, al igual que las recomendaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.

ITEMS	SI	FECHA	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE DAR LA INDUCCIÓN	CARGO
1. PRESENTACION GENERAL DE LA EMPRESA (Recorrido por las instalaciones, presentación del personal)	X	27-10-25	Bibiana M	prof SST
2. PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN	X	27-10-25	Bibiana M	prof SST
3. INDUCCIÓN GENERAL (Misión, Visión, Organigrama, Mapa de procesos)	X	27-10-25	Bibiana M	prof SST
4. INDUCCIÓN ESPECÍFICA SST (Procesos, Procedimientos, Formatos, Funciones de su cargo, Peligros y Riesgos,Accidentes e incidentes, Manejo adecuado de recursos naturales, Orden y aseo,Alcohol y drogas, Derechos y deberes HSE)	X	27-10-25	Bibiana M	prof SST
5. PROGRAMAS DEL SST Entrega de Manual de Funciones propias del cargo Prevención de la contaminación Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales Generalidades manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos Programa de manejo adecuado de sustancias químicas. Trabajos de alto riesgo - Sistema de permisos de trabajo.	X	27-10-25	Bibiana M	prof SST
6. NORMAS DE LA EMPRESA Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo Reglamento de higiene y seguridad industrial. Normas y estándares de seguridad de la empresa	X	27-10-25	Bibiana M	prof SST

FIRMA DEL GERENTE GENERAL

FIRMA DEL LIDER HSEQ

FIRMA DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

COASCON	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GG-48	VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Diego Garcia	CEDULA 1096959597	FECHA INGRESO: 27-10-25
CARGO: Ayudante		

TEMAS TRATADOS	
1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2.CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO 3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19	FIRMA CAPACITADOR FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-25 HORA:

TEMAS TRATADOS	
1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 2.CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO	FIRMA CAPACITADOR FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-25 HORA:

TEMAS TRATADOS	
1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL	FIRMA CAPACITADOR FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-25 HORA:

COAGCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	EVALUACION DE LA INDUCCION HSEQ			
	F-GI-13	VERSIÓN: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 3

Nombre: Bryan Camilo García

Cargo: Ayudante Fecha: 29-10-25

NOTA: 5.0

1. ¿Cuáles son las políticas con las cuáles cuenta la empresa? (Múltiple respuesta)
   A. Política de gestión integral
   B. Política de no consumo de tabaco, alcohol y drogas
   C. Política de comportamiento en la vía
   D. Política de seguridad y salud en el trabajo
   E. Todas las anteriores
   F. Ninguna de las anteriores

2. Una de las responsabilidades de los trabajadores en cuanto a seguridad y salud del trabajo y medio ambiente es Utilizar los elementos de Protección Personal que la empresa le ha asignado y mantenerlos adecuadamente dándole el uso debido
   A. SI
   B. NO

3. Escoja 3 riesgos a los que está expuesto en su cargo
   A. Riesgo físico (Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones)
   B. Riesgo biológico (Virus, bacterias, hongos, parásitos, mordeduras, fluidos o excrementos)
   C. Riesgo biomecánico (Postura, esfuerzo, movimiento repetitivo, manipulación manual de cargas)
   D. Riesgo psicosocial (Gestión organizacional, características de la organización del trabajo, características del grupo social de trabajo, condiciones de la tarea, interface persona – tarea, jornada de trabajo)
   E. Riesgo químico (Polvos, fibras, gases y vapores, humos, material particulado)
   F. Riesgo mecánico
   G. Riesgo locativo
   H. Riesgo eléctrico
   I. Riesgo publico
   J. Tecnológico
   K. Transito
   L. Alturas
   M. Espacios confinados

4. Seleccione 2 recomendaciones para disminuir el riesgo cardiovascular

   A. Realice pausas activas
   B. Tome café
   C. Buenos hábitos alimenticios
   D. Tener un estilo de vida saludable
   E. Usar elementos de protección personal
   F. Tomar bebidas alcohólicas

5. Que efectos sobre el trabajador tiene el riesgo psicosocial
   A. Problemas de salud
   B. Desmotivación e insatisfacción
   C. Depresión
   D. Dificultades en las relaciones laborales
   E. Ninguna de las anteriores
   A. Todas las anteriores

6. Fuentes de riesgo eléctrico son:

   A. Equipos electrónicos
   B. Aceites y combustibles
   C. Arnés de seguridad
   D. Todas la anteriores

7. Controles para el riesgo de seguridad vial son:

   A. Uso de arnés
   B. Manejo defensivo
   C. Uso de batas y tapabocas
   D. Todas anteriores

8. El Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo o Vigía es un organismo integrador entre el empleador y sus trabajadores y puente para divulgar las actividades de salud ocupacional al interior de las empresas
   A. Verdadero
   B. Falso

9. De las siguientes, cuáles son funciones del comité de convivencia laboral:
   A. Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos
   B. Elaborar el panorama de riesgos de la empresa

C. Comunicar a la alta dirección en aquellos casos que no se logre un acuerdo o no se cumplan las condiciones
D. Identificar los aspectos e impactos significativos de la empresa

10. El plan de emergencia toma en cuenta aspectos como :
A. Control de incendios
B. Control de plagas
C. Primeros auxilios
D. Evacuación y rescate
E. Control de vacunación

11. Codificación de colores de residuos que existen en la empresa y su clasificación son Verde: ordinarios, Gris: reciclables, Rojo: residuos peligrosos, Azul: plásticos

A. SI
B. NO

FIRMA EVALUADOR _____

FIRMA EVALUADO _____

Nota: Para los trabajadores con dificultad para leer, por favor facilitar el proceso de la evaluación.

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN	REGISTRO INDUCCIÓN PERSONAL HSEQ			
	F-GI-12	VERSIÓN: 03	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 1

NOMBRE DEL NUEVO EMPLEADO	Amando Avelis J	FECHA:	27-10-25
CARGO A DESEMPEÑAR	Oficial		
JEFE INMEDIATO DEL NUEVO CARGO	Jhon Mosquera	CARGO:	

INFORMACIÓN GENERAL

Con mi firma manifiesto que recibí la inducción de la empresa, conozco, comprendo y acepto los riesgos a que estaré expuesto durante el desarrollo de mi labor al interior de COASCON SAS, y las obras que se ejecuten en su nombre, al igual que las recomendaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.

ITEMS	SI	FECHA	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE DAR LA INDUCCIÓN	CARGO
1. PRESENTACION GENERAL DE LA EMPRESA (Recorrido por las instalaciones, presentación del personal)	X	27-10-25	Bibiana M	Prof SST
2. PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN	X	27-10-25	Bibiana M	Prof SST
3. INDUCCIÓN GENERAL (Misión, Visión, Organigrama, Mapa de procesos)	X	27-10-25	Bibiana M	Prof SST
4. INDUCCIÓN ESPECÍFICA SST (Procesos, Procedimientos, Formatos, Funciones de su cargo, Peligros y Riesgos, Accidentes e incidentes, Manejo adecuado de recursos naturales, Orden y aseo, Alcohol y drogas, Derechos y deberes HSE)	X	27-10-25	Bibiana M	Prof SST
5. PROGRAMAS DEL SST Entrega de Manual de Funciones propias del cargo Prevención de la contaminación Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales Generalidades manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos Programa de manejo adecuado de sustancias químicas. Trabajos de alto riesgo - Sistema de permisos de trabajo.	X	27-10-25	Bibiana M	Prof SST
6. NORMAS DE LA EMPRESA Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo Reglamento de higiene y seguridad industrial. Normas y estándares de seguridad de la empresa	X	27-10-25	Bibiana M	Prof SST

FIRMA DEL GERENTE GENERAL

FIRMA DEL LIDER HSEQ

Amando Avelis J

FIRMA DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

COASCON	FORMATO CAPACITACIONES GENERALES			
	F-GG-48	VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag. 1 de 1

INFORMACION DEL EMPLEADO

NOMBRE: Fernando Ortelio	CEDULA: 91.357169	FECHA INGRESO: 27-10-15
CARGO: Oficial		

TEMAS TRATADOS	
1. CAPACITACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2.CAPACITACIÓN PROGRAMA ORDEN Y ASEO 3. CAPACITACION SOBRE EL NUEVO COVID-19	FIRMA CAPACITADOR Fernando Ortelio S. FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-15 HORA:

TEMAS TRATADOS	
1. CAPACITACIÓN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 2.CAPACITACIÓN PLAN DE RESCATE Y SIMULACRO	FIRMA CAPACITADOR Fernando Ortelio S. FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-15 HORA:

TEMAS TRATADOS	
1. CAPACITACIÓN PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 2. CAPACITACIÓN COMITÉ DE SST Y CONVIVENCIA LABORAL	FIRMA CAPACITADOR Fernando Ortelio S. FIRMA TRABAJADOR FECHA: 27-10-15 HORA:

C

COAGCON INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN	EVALUACION DE LA INDUCCION HSEQ			
	F-GI-13	VERSIÓN: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pág. 1 de 3

Nombre: Amando Adelis J.

Cargo: Oficial Fecha: 27-10-25

NOTA: 5.0

1. ¿Cuáles son las políticas con las cuáles cuenta la empresa? (Múltiple respuesta)
   A. Política de gestión integral
   B. Política de no consumo de tabaco, alcohol y drogas
   C. Política de comportamiento en la vía
   D. Política de seguridad y salud en el trabajo
   E. Todas las anteriores
   F. Ninguna de las anteriores

2. Una de las responsabilidades de los trabajadores en cuanto a seguridad y salud del trabajo y medio ambiente es Utilizar los elementos de Protección Personal que la empresa le ha asignado y mantenerlos adecuadamente dándole el uso debido
   A. SI
   B. NO

3. Escoja 3 riesgos a los que está expuesto en su cargo
   A. Riesgo físico (Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones)
   B. Riesgo biológico (Virus, bacterias, hongos, parásitos, mordeduras, fluidos o excrementos)
   C. Riesgo biomecánico (Postura, esfuerzo, movimiento repetitivo, manipulación manual de cargas)
   D. Riesgo psicosocial (Gestión organizacional, características de la organización del trabajo, características del grupo social de trabajo, condiciones de la tarea, interface persona – tarea, jornada de trabajo)
   E. Riesgo químico (Polvos, fibras, gases y vapores, humos, material particulado)
   F. Riesgo mecánico
   G. Riesgo locativo
   H. Riesgo eléctrico
   I. Riesgo publico
   J. Tecnológico
   K. Transito
   L. Alturas
   M. Espacios confinados

4. Seleccione 2 recomendaciones para disminuir el riesgo cardiovascular

   A. Realice pausas activas
   B. Tome café
   C. Buenos hábitos alimenticios
   D. Tener un estilo de vida saludable
   E. Usar elementos de protección personal
   F. Tomar bebidas alcohólicas

5. Que efectos sobre el trabajador tiene el riesgo psicosocial
   A. Problemas de salud
   B. Desmotivación e insatisfacción
   C. Depresión
   D. Dificultades en las relaciones laborales
   E. Ninguna de las anteriores
   A. Todas las anteriores

6. Fuentes de riesgo eléctrico son:

   A. Equipos electrónicos
   B. Aceites y combustibles
   C. Arnés de seguridad
   D. Todas la anteriores

7. Controles para el riesgo de seguridad vial son:

   A. Uso de arnés
   B. Manejo defensivo
   C. Uso de batas y tapabocas
   D. Todas anteriores

8. El Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo o Vigía es un organismo integrador entre el empleador y sus trabajadores y puente para divulgar las actividades de salud ocupacional al interior de las empresas
   A. Verdadero
   B. Falso

9. De las siguientes, cuáles son funciones del comité de convivencia laboral:
   A. Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos
   B. Elaborar el panorama de riesgos de la empresa

C. Comunicar a la alta dirección en aquellos casos que no se logre un acuerdo o no se cumplan las condiciones
D. Identificar los aspectos e impactos significativos de la empresa

10. El plan de emergencia toma en cuenta aspectos como :
A. Control de incendios
B. Control de plagas
C. Primeros auxilios
D. Evacuación y rescate
E. Control de vacunación

11. Codificación de colores de residuos que existen en la empresa y su clasificación son Verde: ordinarios, Gris: reciclables, Rojo: residuos peligrosos, Azul: plásticos

A. SI
B. NO

FIRMA EVALUADOR _____

FIRMA EVALUADO _____

Nota: Para los trabajadores con dificultad para leer, por favor facilitar el proceso de la evaluación.

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCION	REGISTRO ENTREGA DE DOTACION Y EPP			
	F-GI-11	VERSION 02	FECHA DE ACTUALIZACION : 21-07-2020	Pag 1 de 1

NOMBRE: Brayan Eduardo Caicedo	CEDULA: 1095955102
OBRA: Lebrija	CARGO: Ayudante

Con mi firma manifiesto que he recibido por parte de la empresa EPP solicitado para la protección en la realización de mis labores. Conozco y comprendo los peligros a los que estoy expuesto, conozco la vida útil del elemento y mi compromiso a brindarle el cuidado mínimo necesario. Acepto que la empresa se reserve la reposición del EPP en los casos en que se evidencie negligencia de mi parte en el cuidado del elemento, en tal caso yo seré el responsable de adquirir por mi cuenta el EPP.

FECHA	BS	BSP	PT	CHJ	CHD		CM	PL	OD	GV	DC	MV	CS	CPS	CRS	GT	GC	BB	PAT	MD	RMC	FR	PAC	OEPP	FIRMA	OBSERVACIONES
					MC	CM																				
27-10-22	✓		✓		✓					✓			✓			✓			✓							

DOTACION	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	
1. BS: BOTA DE SEGURIDAD	10. GV: GUANTES TIPO VAQUETA	19. PAT: PROTECTOR AUDITIVO TIPO TAPON
2. BSP: BOTA DE SEG PLASTICA	11. DC: DELANTAL CARNAZA	20. MD: MASCARILLA DESECHABLE
3. PT: PANTALON	12. MV: MANGAS DE VAQUETA	21. RMC: RESPIRADOR MEDIA CARA
4. CH: CHAQUETA JEAN MANGA LARGA	13. CS: CASCO DE SEGURIDAD	22. FR: FILTROS PARA RESPIRADOR
5. CHD: CHAQUETA DRIL ML	14. CPS: CAPUCHON	23. PAC: PROTECTOR AUDITIVO DE COPA
6. MC: MANGA CORTA	15. CRS: CARETA SOLDADOR	24. OEPP: OTRO ELEMENTO DE PROTECCION
7. CM: CAMISETA	16. GT: GAFAS TRANSPARENTES	PERSONAL
8. PL: POLO	17. GC: GUANTES DE CAUCHO	
9. OD: OTRA DOTACION	18. BB: BARBUQUEJO	

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO ENTREGA DE DOTACION Y EPP

F-GI-11	VERSION 02	FECHA DE ACTUALIZACION : 21-07-2020	Pag 1 de 1

NOMBRE: Jhon Eudy Mosquera T — **CEDULA:** 5 30 70302

OBRA: Lebrija — **CARGO:** Maestro

Con mi firma manifiesto que he recibido por parte de la empresa EPP solicitado para la protección en la realización de mis labores. Conozco y comprendo los peligros a los que estoy expuesto, conozco la vida útil del elemento y mi compromiso a brindarle el cuidado mínimo necesario. Acepto que la empresa se reserve la reposición del EPP en los casos en que se evidencie negligencia de mi parte en el cuidado del elemento, en tal caso yo seré el responsable de adquirir por mi cuenta el EPP.

FECHA	BS	BSP	PT	CHJ	CHD		CM	PL	OD	GV	DC	MV	CS	CPS	CRS	GT	GC	BB	PAT	MD	RMC	FR	PAC	OEPP	FIRMA	OBSERVACIONES
					MC	CM																				
24-10-25	✓		✓		✓					✓			✓			✓			✓						Jhon Mosquera	

DOTACION

1. BS: BOTA DE SEGURIDAD
2. BSP: BOTA DE SEG PLASTICA
3. PT: PANTALON
4. CH: CHAQUETA JEAN MANGA LARGA
5. CHD: CHAQUETA DRIL ML
6. MC: MANGA CORTA
7. CM: CAMISETA
8. PL: POLO
9. OD: OTRA DOTACION

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

10. GV: GUANTES TIPO VAQUETA
11. DC: DELANTAL CARNAZA
12. MV: MANGAS DE VAQUETA
13. CS: CASCO DE SEGURIDAD
14. CPS: CAPUCHON
15. CRS: CARETA SOLDADOR
16. GT: GAFAS TRANSPARENTES
17. GC: GUANTES DE CAUCHO
18. BB: BARBUQUEJO
19. PAT: PROTECTOR AUDITIVO TIPO TAPON
20. MD: MASCARILLA DESECHABLE
21. RMC: RESPIRADOR MEDIA CARA
22. FR: FILTROS PARA RESPIRADOR
23. PAC: PROTECTOR AUDITIVO DE COPA
24. OEPP: OTRO ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO ENTREGA DE DOTACION Y EPP

F-GI-11	VERSION 02	FECHA DE ACTUALIZACION : 21-07-2020	Pag 1 de 1

NOMBRE: Bragan Camilo Garcia — CEDULA: 1.096.959.547

OBRA: Lebrija — CARGO: Ayudante.

Con mi firma manifiesto que he recibido por parte de la empresa EPP solicitado para la protección en la realización de mis labores. Conozco y comprendo los peligros a los que estoy expuesto, conozco la vida útil del elemento y mi compromiso a brindarle el cuidado mínimo necesario. Acepto que la empresa se reserve la reposición del EPP en los casos en que se evidencie negligencia de mi parte en el cuidado del elemento, en tal caso yo seré el responsable de adquirir por mi cuenta el EPP.

FECHA	BS	BSP	PT	CHJ	CHD		CM	PL	OD	GV	DC	MV	CS	CPS	CRS	GT	GC	BB	PAT	MD	RMC	FR	PAC	OEPP	FIRMA	OBSERVACIONES
					MC	CM																				
27-10-21	✓		✓		✓					✓			—			—			—							

DOTACION	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	
1. BS: BOTA DE SEGURIDAD	10. GV: GUANTES TIPO VAQUETA	19. PAT: PROTECTOR AUDITIVO TIPO TAPON
2. BSP: BOTA DE SEG PLASTICA	11. DC: DELANTAL CARNAZA	20. MD: MASCARILLA DESECHABLE
3. PT: PANTALON	12. MV: MANGAS DE VAQUETA	21. RMC: RESPIRADOR MEDIA CARA
4. CH: CHAQUETA JEAN MANGA LARGA	13. CS: CASCO DE SEGURIDAD	22. FR: FILTROS PARA RESPIRADOR
5. CHD: CHAQUETA DRIL ML	14. CPS: CAPUCHON	23. PAC: PROTECTOR AUDITIVO DE COPA
6. MC: MANGA CORTA	15. CRS: CARETA SOLDADOR	24. OEPP: OTRO ELEMENTO DE PROTECCION
7. CM: CAMISETA	16. GT: GAFAS TRANSPARENTES	PERSONAL
8. PL: POLO	17. GC: GUANTES DE CAUCHO	
9. OD: OTRA DOTACION	18. BB: BARBUQUEJO	

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

REGISTRO ENTREGA DE DOTACION Y EPP

F-GI-11	VERSION 02	FECHA DE ACTUALIZACION : 21-07-2020	Pag 1 de 1

NOMBRE: Armando Avila J. | CEDULA: 91.352.169

OBRA: Lebrija | CARGO: Oficial

Con mi firma manifiesto que he recibido por parte de la empresa EPP solicitado para la protección en la realización de mis labores. Conozco y comprendo los peligros a los que estoy expuesto, conozco la vida útil del elemento y mi compromiso a brindarle el cuidado mínimo necesario. Acepto que la empresa se reserve la reposición del EPP en los casos en que se evidencie negligencia de mi parte en el cuidado del elemento, en tal caso yo seré el responsable de adquirir por mi cuenta el EPP.

FECHA	BS	BSP	PT	CHJ	CHD		CM	PL	OD	GV	DC	MV	CS	CPS	CRS	GT	GC	BB	PAT	MD	RMC	FR	PAC	OEPP	FIRMA	OBSERVACIONES
					MC	CM																				
27-10-25	✓		✓		✓					✓			✓			✓			✓						Armando Avila J.	

DOTACION	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	
1. BS: BOTA DE SEGURIDAD	10. GV: GUANTES TIPO VAQUETA	19. PAT: PROTECTOR AUDITIVO TIPO TAPON
2. BSP: BOTA DE SEG PLASTICA	11. DC: DELANTAL CARNAZA	20. MD: MASCARILLA DESECHABLE
3. PT: PANTALON	12. MV: MANGAS DE VAQUETA	21. RMC: RESPIRADOR MEDIA CARA
4. CH: CHAQUETA JEAN MANGA LARGA	13. CS: CASCO DE SEGURIDAD	22. FR: FILTROS PARA RESPIRADOR
5. CHD: CHAQUETA DRIL ML	14. CPS: CAPUCHON	23. PAC: PROTECTOR AUDITIVO DE COPA
6. MC: MANGA CORTA	15. CRS: CARETA SOLDADOR	24. OEPP: OTRO ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL
7. CM: CAMISETA	16. GT: GAFAS TRANSPARENTES	
8. PL: POLO	17. GC: GUANTES DE CAUCHO	
9. OD: OTRA DOTACION	18. BB: BARBUQUEJO	

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO			
	F-GI-90	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 30 OCTUBRE 2018	Pag. 1 de 1

Esta encuesta permite al responsable de la Seguridad y Salud en el Trabajo recopilar la información del perfil sociodemográfico de los trabajadores, lo cual es necesario para el diseño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombres y Apellidos:	Armando Patelli J.			**FECHA:**	27-10-25
Cédula:	91 352 169.	**Celular:**		3189354841	
Fecha de Nacimiento:	21/07/80	**RH:**		A+	
Dirección de Residencia:	Cll 17. Bloque 6 Apto 207 San Cristobal				
Edad:	45		**Genero:**	Femenino _____	Masculino X

1. DATOS LABORALES

Cargo:			**Peso:**		
Tipo de contratación:		**Fecha de ingreso:**	**Ingresos mensuales:**		
A termino fijo		27-10-25	1 Salario Minimo (SMMLV)		
A termino indefinido			Entre 1 a 2 SMMLV		
Por obra o labor			Entre 2 a 4 SMMLV		
Prestación de servicios			Más de 4 SMMLV		
Seguridad social:		**Estado Civil**	**Soltero(a):**		**Es cabeza de familia?, Si - No**
ARL	SURA		**Casado(a):**		
EPS	Nueva EPS		**Unión Libre:**		
AFP	Porvenir		**Separado:**	X	Si?
CAJA DE COMPENSACION:	Colsubsidio		**Viduo(a):**		

2. DATOS FAMILIARES

Tipo de vivienda:				**Estrato de la vivienda:**	
Propia:		**Apartamento:**	X	2	
Arrendada:	X	**Casa:**		**Zona de ubicación:**	
Familiar:		**Habitación:**		**Rural:**	
Compartida:		**Finca:**		**Urbana:**	X
Nivel de escolaridad:				**No. De personas a cargo:**	
Primaria:		**Tecnico:**		3	
Secundaria:	X	**Tecnologo:**			
Profesional:		**Especialista:**		**No. De hijos**	
Magister:		**Doctorado:**		1	

3. ESTADO DE SALUD

Con que frecuencia asiste al médico?		**Principal motivo de asistencia al médico?**		**Es alergico a algun medicamento, Cuál?**
Una vez al año		Malestar general	X	
Algunas veces		Urgencias		
Con frecuencia		Exámenes preventivo y de control ?		NO
Solo cuando voy por urgencias	X	Salud sexual y reproductiva		
Nunca		Tratamiento médico		

Le han diagnosticado alguna enfermedad?, Cual ?	NO				
Origen de la enfermedad?	**Común:**		**Laboral**		

4. DATOS GENERALES

Uso del tiempo libre?					
Labores domésticas		**Estudio**		**Cine**	
Deporte	X	**Actividades recreativas**	X	**Musica**	
Qué deporte práctica?					
Futbol		**Baloncesto**		**Tejo**	
Natación		**Microfutbol**		**Bolo**	X
Ciclismo		**Patinaje**		**Otro, cuál?**	
Con qué frecuencia práctica deporte?					
Diariamente		**Dos veces a la semana**		**Menos de 1 mes**	
Ocasional	X	**Una vez al mes**		**Nunca**	
Usted fuma?		**Consume bebidas alcoholicas**		**Ha participado en actividades de salud que ofrece la empresa?**	
Si	X	**Si**			
No		**No**	X	SI	X
Ha tenido accidentes de trabajo?		**Cuántas veces se ha ausentado?**	NO	NO	

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:	SI: X	Armando Patelli J.
	NO:_____	**FIRMA DEL TRABAJADOR**

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

F-GI-90	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 30 OCTUBRE 2018	Pag. 1 de 1

Esta encuesta permite al responsable de la Seguridad y Salud en el Trabajo recopilar la información del perfil sociodemográfico de los trabajadores, lo cual es necesario para el diseño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombres y Apellidos:	Brayan Camilo García	**FECHA:**	29-oct-25
Cédula:	1096959597	**Celular:**	3212290312
Fecha de Nacimiento:	3 Mayo 1999	**RH:**	A+
Dirección de Residencia:	Calle 16a # 5-43		
Edad:	26 años	**Genero:** Femenino _____	Masculino X

1. DATOS LABORALES

Cargo:		**Peso:**	

Tipo de contratación:		**Fecha de ingreso:**	**Ingresos mensuales:**	
A termino fijo			1 Salario Minimo (SMMLV)	
A termino indefinido			Entre 1 a 2 SMMLV	
Por obra o labor			Entre 2 a 4 SMMLV	
Prestación de servicios			Más de 4 SMMLV	

Seguridad social:		**Estado Civil**			**Es cabeza de familia?, Si - No**
ARL	SURA		**Soltero(a):**	X	
EPS	Famisanar		**Casado(a):**		
AFP	Porvenir		**Unión Libre:**		
CAJA DE COMPENSACION:	Cajacopi		**Separado:**		NO
			Viduo(a):		

2. DATOS FAMILIARES

Tipo de vivienda:				**Estrato de la vivienda:**	
Propia:		**Apartamento:**		1	
Arrendada:	X	**Casa:**	X	**Zona de ubicación:**	
Familiar:		**Habitación:**		**Rural:**	X
Compartida:		**Finca:**		**Urbana:**	

Nivel de escolaridad:				**No. De personas a cargo:**
Primaria:		**Tecnico:**		3
Secundaria:		**Tecnologo:**		
Profesional:		**Especialista:**		**No. De hijos**
Magister:		**Doctorado:**		0

3. ESTADO DE SALUD

Con que frecuencia asiste al médico?		**Principal motivo de asistencia al médico?**		**Es alergico a algun medicamento, Cuál?**
Una vez al año		Malestar general		
Algunas veces		Urgencias	X	
Con frecuencia		Exámenes preventivo y de control ?		
Solo cuando voy por urgencias	X	Salud sexual y reproductiva		NO
Nunca		Tratamiento médico		

Le han diagnosticado alguna enfermedad?, Cual ?					
		NO			
Origen de la enfermedad?	**Común:**		**Laboral**		

4. DATOS GENERALES

Uso del tiempo libre?					
Labores domésticas		**Estudio**		**Cine**	
Deporte	X	**Actividades recreativas**		**Musica**	

Qué deporte práctica?					
Futbol		**Baloncesto**		**Tejo**	
Natación		**Microfutbol**		**Bolo**	
Ciclismo	X	**Patinaje**		**Otro, cuál?**	
Con qué frecuencia práctica deporte?					
Diariamente		**Dos veces a la semana**	X	**Menos de 1 mes**	
Ocasional		**Una vez al mes**		**Nunca**	

Usted fuma?		**Consume bebidas alcoholicas**		**Ha participado en actividades de salud que ofrece la empresa?**	
Si	X	**Si**	X	SI	X
No		**No**			
Ha tenido accidentes de trabajo?		**Cuántas veces se ha ausentado?**	NO	NO	

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:	SI: X	
	NO: _____	**FIRMA DEL TRABAJADOR**

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

F-GI-90	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 30 OCTUBRE 2018	Pag. 1 de 1

Esta encuesta permite al responsable de la Seguridad y Salud en el Trabajo recopilar la información del perfil sociodemográfico de los trabajadores, lo cual es necesario para el diseño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombres y Apellidos:	Bryan E. Caicedo	**FECHA:**	17-10-25
Cédula:	1096955702	**Celular:**	3142587631
Fecha de Nacimiento:	25/08/1993	**RH:**	A+
Dirección de Residencia:	Cll 24 # 11A 20		
Edad:	32	**Genero:**	Femenino ____ Masculino X

1. DATOS LABORALES

Cargo:		**Peso:**	

Tipo de contratación:		Fecha de ingreso:	Ingresos mensuales:		
A termino fijo		27-10-25	1 Salario Minimo (SMMLV)		
A termino indefinido			Entre 1 a 2 SMMLV		
Por obra o labor			Entre 2 a 4 SMMLV		
Prestación de servicios			Más de 4 SMMLV		
Seguridad social:		Estado Civil	**Soltero(a):**	X	**Es cabeza de familia?, Si - No**
ARL	SURA		**Casado(a):**		
EPS	Nueva EPS		**Unión Libre:**		
AFP	Porvenir		**Separado:**		NO
CAJA DE COMPENSACION:	Colsubsidio		**Viduo(a):**		

2. DATOS FAMILIARES

Tipo de vivienda:				Estrato de la vivienda:	
Propia:		**Apartamento:**			
Arrendada:		**Casa:**	X	Zona de ubicación:	
Familiar:	X	**Habitación:**		**Rural:**	
Compartida:		**Finca:**		**Urbana:**	X

Nivel de escolaridad:				No. De personas a cargo:
Primaria:	X	**Tecnico:**		1
Secundaria:		**Tecnologo:**		
Profesional:		**Especialista:**		**No. De hijos**
Magister:		**Doctorado:**		0

3. ESTADO DE SALUD

Con que frecuencia asiste al médico?		Principal motivo de asistencia al médico?		Es alergico a algun medicamento, Cuál?
Una vez al año		Malestar general		
Algunas veces		Urgencias	X	
Con frecuencia		Exámenes preventivo y de control ?		
Solo cuando voy por urgencias	X	Salud sexual y reproductiva		NO
Nunca		Tratamiento médico		

Le han diagnosticado alguna enfermedad?, Cual ?	NO				
Origen de la enfermedad?	**Común:**		**Laboral**		

4. DATOS GENERALES

Uso del tiempo libre?					
Labores domésticas		**Estudio**		**Cine**	
Deporte	X	**Actividades recreativas**	X	**Musica**	

Qué deporte práctica?					
Futbol	X	**Baloncesto**		**Tejo**	
Natación		**Microfutbol**		**Bolo**	
Ciclismo		**Patinaje**		**Otro, cuál?**	
Con qué frecuencia práctica deporte?					
Diariamente		**Dos veces a la semana**		**Menos de 1 mes**	
Ocasional	X	**Una vez al mes**		**Nunca**	
Usted fuma?		**Consume bebidas alcoholicas**		**Ha participado en actividades de salud que ofrece la empresa?**	
Si		**Si**		SI	X
No	X	**No**	X		
Ha tenido accidentes de trabajo?		**Cuántas veces se ha ausentado?**	NO	NO	

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:	SI: X	Bryan E. Caicedo
	NO:_____	**FIRMA DEL TRABAJADOR**

COASCON INGENIERIA Y CONSTRUCCION	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO			
	F-GI-90	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 30 OCTUBRE 2018	Pag. 1 de 1

Esta encuesta permite al responsable de la Seguridad y Salud en el Trabajo recopilar la información del perfil sociodemográfico de los trabajadores, lo cual es necesario para el diseño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombres y Apellidos:	Jhon Fredy Mosquera	**FECHA:**	27-10-25
Cédula:	5570302	**Celular:**	3147460502
Fecha de Nacimiento:	05/10/83	**RH:**	O+
Dirección de Residencia:	Cra 2 #4-39 Guacamayo		
Edad:	42	**Genero:**	Femenino ____ Masculino X

1. DATOS LABORALES

Cargo:		**Peso:**	

Tipo de contratación:		**Fecha de ingreso:**	**Ingresos mensuales:**	
A termino fijo		27-10-25	1 Salario Minimo (SMMLV)	
A termino indefinido			Entre 1 a 2 SMMLV	
Por obra o labor			Entre 2 a 4 SMMLV	
Prestación de servicios			Más de 4 SMMLV	

Seguridad social:		**Estado Civil**			**Es cabeza de familia?, Si - No**
ARL	SURA		**Soltero(a):**		
EPS	Coosalud		**Casado(a):**	X	
AFP			**Unión Libre:**		Si
CAJA DE COMPENSACION:			**Separado:**		
			Viduo(a):		

2. DATOS FAMILIARES

Tipo de vivienda:				**Estrato de la vivienda:**	
Propia:	X	**Apartamento:**			
Arrendada:		**Casa:**	X	**Zona de ubicación:**	
Familiar:		**Habitación:**		**Rural:**	
Compartida:		**Finca:**	X	**Urbana:**	

Nivel de escolaridad:				**No. De personas a cargo:**
Primaria:		**Tecnico:**		
Secundaria:	X	**Tecnologo:**		
Profesional:		**Especialista:**		**No. De hijos**
Magister:		**Doctorado:**		

3. ESTADO DE SALUD

Con que frecuencia asiste al médico?		**Principal motivo de asistencia al médico?**		**Es alergico a algun medicamento, Cuál?**
Una vez al año		Malestar general		
Algunas veces		Urgencias	X	
Con frecuencia		Exámenes preventivo y de control ?		
Solo cuando voy por urgencias	X	Salud sexual y reproductiva		NO
Nunca		Tratamiento médico		

Le han diagnosticado alguna enfermedad?, Cual ?					
		NO			
Origen de la enfermedad?	**Común:**		**Laboral**		

4. DATOS GENERALES

Uso del tiempo libre?					
Labores domésticas		**Estudio**		**Cine**	
Deporte	X	**Actividades recreativas**	X	**Musica**	

Qué deporte práctica?					
Futbol		**Baloncesto**		**Tejo**	
Natación		**Microfutbol**		**Bolo**	
Ciclismo		**Patinaje**		**Otro, cuál?**	

Con qué frecuencia práctica deporte?					
Diariamente		**Dos veces a la semana**		**Menos de 1 mes**	
Ocasional		**Una vez al mes**		**Nunca**	

Usted fuma?		**Consume bebidas alcoholicas**		**Ha participado en actividades de salud que ofrece la empresa?**	
Si		**Si**		SI	X
No	X	**No**	X	NO	
Ha tenido accidentes de trabajo?		**Cuántas veces se ha ausentado?**			

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:	SI: X	Jhon Fredy Mosquera
	NO:_____	**FIRMA DEL TRABAJADOR**

ACTA DE CONVOCATORIA PARA LA ELECCIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

FECHA: 23 DE OCTUBRE DE 2025

En calidad de representante legal de la empresa **COASCON S.A.S.,** convoca a todos los trabajadores a participar de la elección de los miembros al Comité de convivencia laboral, según lo establecido en la Resolución 652 de 2012, Resolución 1356 de 2012, La votación se realizará el día 30 de OCTUBRE de 2025, en la oficina principal de COASCON SAS y en conexión virtual con las sedes del contrato SAMC-00-005.

Atentamente,

JANETT MORENO RAMÍREZ
Representante Legal

ACTA DE APERTURA, ESCRUTINIO Y CIERRE DE ELECCIONES DE LOS CANDIDATOS DE LOS TRABAJADORES PARA EL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Vigencia del Comité del 30 OCTUBRE de 2025 al 30 DE OCTUBRE de 2027.

En las oficinas administrativas de **COASCON S.A.S.**, Siendo las (2:00pm) del día 30 de octubre de 2025, se dio apertura al proceso de votación para la elección de los candidatos al **COMITÉ DE CONVIVENCIA**, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 652 del 30 de Abril de 2012 y a la resolución 1356 del 2012, del Ministerio de Trabajo, para el Periodo comprendido entre el 30 de octubre de 2025 al 30 de octubre de 2027.

En calidad de Jurado de Votación se nombró de manera paritaria a la señora:

NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	63.484.028

Siendo las (3:00 P.M.) del día 30 de octubre de 2025, se dio por finalizado el proceso de votación para la elección de los candidatos al Comité de Convivencia.

Una vez revisados cada uno de los votos se llevó a cabo el escrutinio y conteo obteniendo los siguientes resultados:

CANDIDATO	NUMERO DE VOTOS
OSCAR GUARIN	5
ANDRES DAVID ANGARITA	3
TOTAL VOTOS:	**8**

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA
ACTA No. 001

En Bucaramanga, a los 30 días del mes de octubre de 2025, siendo las 4:00pm, se reúnen el Representante Legal de la empresa Ing. JANETT MORENO RAMIREZ y los trabajadores, para conformar el **COMITÉ DE CONVIVENCIA**, dando así cumplimiento a las exigencias de : literal b del artículo 83 de la ley 9 de 1979, el numeral 7 del artículo 6del decreto ley 4108 de 2011, el artículo 14 de la resolución 2646 del 17 de julio de 2008,con lo dispuesto en los literales a y c del artículo 91 del decreto ley 1295 de 1994, modificado por el artículo 115 del decreto 2150 de 1995, ley 1010 de 2006, a la resolución 652 de 2012 y a la resolución 1356 del 2012, según lo dispuesto en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. El período de los miembros del Comité es de dos (2) años.

Se divulgaron las diferentes responsabilidades de cada representante al Comité.

El representante Legal de la empresa **COASCON S.AS.,** nombró a la siguiente persona, para representante del Comité:

PRINCIPAL
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ C.C. 63.484,028

No siendo otro el objeto de la reunión se da por terminada el día 30 de octubre de 2025, siendo las 6:00 pm (hora).

Firman:

Judith Bibiana Moreno Ramirez

JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ
PRESIDENTE

JANETT MORENO RAMIREZ
REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos	Cédula Ciudadanía	Cargo	Categoría	
			Principal	Suplente
ANDRES DAVID ANGARITA	1098741012	Ing. residente		x
OSCAR GUARIN	91486078	DIRECTOR OBRA	x	

Siendo las 3:15pm. del 30 de octubre de 2025, se da por terminada la reunión para votación y escrutinio del COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.

Firman:

ANDRES DAVID ANGARITA PEÑA
C.C 1098741012.

OSCAR GUARIN CASTELLANOS
C.C. 91486078

Damos constancia;

Firman:

Judith Bibiana Moreno Perez
Jurado de Votación

Representante Legal

CONVOCATORIA Y PARTICIPACIÓN ELECCIÓN DEL COPASST O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 24 de octubre de 2025

En calidad de representante legal de la empresa **COASCON S.A.S.,** convoca a todos los trabajadores del contrato SAMC-00-005 a participar de la elección de los miembros al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo o Vigía, según lo establecido en la Resolución 2013 de 1986. La votación se realizará el día 31 de octubre de 2025, en la oficina principal calle 33 # 31-143 y en conexión virtual con las sedes del contrato SAMC-00-005, Hora: 2:30 p.m. y de manera virtual para los trabajadores que se encuentren fuera de la oficina.

Atentamente,

JANETT MORENO RAMÍREZ
Representante Legal

ACTA DE APERTURA DE ELECCIONES DE LOS CANDIDATOS PARA EL COMITÉ PARITARIO O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Vigencia del Comité del 31 de octubre de 2025 al 31 de octubre de 2027.

En las instalaciones de la empresa **COASCON SAS** Siendo las 10:00 (horas) del día 31 de octubre de 2025, se dio apertura al proceso de elección del **COMITÉ PARITARIO O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, de acuerdo a lo establecido en el Resolución 2013 del 6 de junio de 1986 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y al decreto 1295 de 1994, para el periodo comprendido, que entre en Vigencia del Comité del 31 de octubre de 2025 al 31 de octubre de 2027.

En calidad de Jurados de Votación se nombró de manera paritaria a la señora:

NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	63484028

Firman:

Judith Bibiana Moreno Ramirez

JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ
C.C 63.484.028 de Bucaramanga

ACTA DE CIERRE Y ESCRUTINIO DE LAS VOTACIONES PARA ELECCIÓN DE INTEGRANTES PARA EL COPASST O VIGÍA

Siendo las 11:00a.m. del 25 de febrero de 2025, se dio por finalizado el proceso de elección de los candidatos al Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo para el periodo comprendido entre el 25 de octubre de 2025 al 25 de octubre de 2027.

En presencia del jurado elegido en forma paritaria:

NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANÍA
JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	63484028

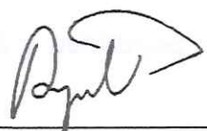
Una vez realizada la elección, se obtuvieron los siguientes resultados, donde los trabajadores eligen como principal a:

No.	Nombres y Apellidos	CEDULA	Cargo
1.	ANDRES DAVID ANGARITA PEÑA	1098741012	ING. RESIDENTE

y como suplente a:

No.	Nombres y Apellidos	CEDULA	Cargo
1.	OSCAR GUARIN CASTELLANOS	91486078	DIRECTOR
2.			

Firman:



ANDRS DAVID ANGARITA
C.C **1098741012**



OSCAR GUARIN
C.C. **91486078**

ACTA No. 001

La Empresa **COASCON S.A.S.**, para dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2013 de 1986, modificada por el Decreto 1295 de 1994 emanados del Ministerio de Trabajo, ha determinado conformar el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST, Para la organización de este Comité el empleador ha asignado a:

Por parte del empleador:

Se designó como principal a:

No.	Nombres y Apellidos	Cargo
1.	JUDITH BIBIANA MORENO RAMIREZ	PROF SST-HSEQ

Integrado el comité, se procedió de acuerdo a la Resolución 2013 de 1986 a nombrar un presidente con el objeto de mantener la coordinación, organización y mantenimiento del comité.

Una vez asignadas las personas, que van a ser cabezas visibles del Comité se procedió, a darle la instalación al mismo, para lo cual se hizo conocer lo establecido en la Resolución 2013 de 1986 como funciones principales que en ésta se establece para cada uno de los miembros, así como para el Presidente y Secretario; Así como las responsabilidades que estos tienen en dicho organismo.

OBJETIVOS DEL COMITÉ

Participar de las actividades del SG-SST Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y vigilar su desarrollo en la empresa.

RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ

Las siguientes son algunas de las responsabilidades del Comité de seguridad y Salud en el trabajo:

- Vigilar el cumplimiento del SG-SST Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Colaborar con el análisis de las causas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y proponer las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia.
- Visitar periódicamente los lugares de trabajo e inspeccionar la maquinaria y equipos con los cuales se realizan las labores diarias e informar sobre su estado y los posibles riesgos que estos generan con el fin de adoptar medidas correctivas.
- Servir como organismo de coordinación entre empleador y trabajadores en la búsqueda de las soluciones en lo que hace referencia a la seguridad y salud en el trabajo.
- Demás funciones que le señalen las normas sobre seguridad y salud en el trabajo.

COAGCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 36-SST
Tema: Reglamento en Obra.
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE la Victoria.- Filo de Cuces
Fecha: 20-10-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Maestro	Jhon Fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	7095955102	ayudante	Brayan	
3	Brayan Garcia	1096959597	ayudante		
4	Armando Anteliz	91352169	oficial	Armando Anteliz	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: Importancia del uso de EPPIS.
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE La Victoria- Filo de Cruces
Fecha: 27-10-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Maestro	Jhon Fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante	Brayan	
3	Brayan Garcia	1096959797	Ayudante		
4	Armando Anteliz	91352769	Oficial	Armando Anteliz S	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: 56-SST
Tema: Orden y aseo
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE La Victoria - Filo de Cruces
Fecha: 4-11-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Jhon Mosquera	5570032	Maestro	Jhon Fredy Mosquera	
2	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante	Brayan	
3	Brayan Garcia	1096959397	Ayudante		
4	Armando Anteliz	91352769	Oficial	Armando Anteliz	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION | RESPONSABLE HSEQ

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

SG-SST
conFormación de Brigadistas
ıo
ión a Trabajadores
IE La Victoria - Fib de Cruces
11-11 -2025 Hora Inicial

istros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
Jhon Mosquera	5570032	Maestro.	Jhon Fredy Mosquera	
Brayan Cdicedo	1095955102	Ayudante		
Brayan Garcio	1096959597	Ayudante		
Armando Antelı2	91352169	Oficial		

COASCON
INGENIERÍA Y CONSTRUCCIÓN

FORMATO DE ASISTENCIA

F-GG-05	VERSION: 02	FECHA DE ACTUALIZACION: 21-07-2020	Pag 1 de 1

Evento: SG-SST
Tema: COPASST - convite
Objetivo:
Aplicación a: Trabajadores
Lugar: IE. La Victoria - Filo de Cruces
Fecha: 18-11-2025 | Hora Inicial:

Los registros audiovisuales que acompañen esta actividad se utilizaran con fines pedagogicos, didacticos y administrativos

No	Nombre Completo	Documento	Cargo	Firma	Observaciones
1	Brayan Garcia	1096951597	Ayudante.		
2	Jhon Mosquera	5570032	Maestro.	Jhon Fredy Mosquera	
3	Brayan Caicedo	1095955102	Ayudante		
4	Armando Ateliz	91352769	Oficial	Armando Ateliz S.	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

RESPONSABLE CAPACITACION

RESPONSABLE HSEQ

COAGCON INGENIERIA Y CONSTRUCCION	INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE OBRA PARA EL MEDEVAC		
	VERSION 1	FECHA DE ACTUALIZACION: FEBRERO 2024	PAGINA 1 DE 1

PROYECTO:
EJECUTAR EL DIAGNÓSTICO Y OBRAS NECESARIAS PARA EL MEJORAMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA REQUERIDA POR EL FONDO DE FINANCIAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA – FFIE EN EL TERRITORIO NACIONAL

ITEM	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA	CELULAR/TELÉFONO
	Jhon Fredy Moiquera.	5570032	Maestro	Yanina Alvarez	3125891974
	Armando Antelis Jaimes	91352169	Oficial	Laura Acevedo	3027392457
	Brayan Eduardo Calcedo B.	1095955102	Ayudante	Maria Nely Buitrago	3213899820
	Brayan Camilo Garcia	1096959597.	Ayudante	Carlos leal	3209806814

COASCON
INGENIERIA Y CONSTRUCCION

LISTADO DE PROVEEDORES COASCON S.A.S

viernes, 12 de diciembre de 2025

MEJORAMIENTO IE FILO DE CRUCES 2 - LEBRIJA

CODIGO: F-CO-13
REVISIÓN: 1 DE 1
PÁGINA : 1 DE 1

CLASE, GRUPO	SERVICIO O MATERIAL SUMINISTRADO	PROVEEDOR	NIT	DIRECCION	TELEFONOS	ASESOR COMERCIAL	MODO DE PAGO	CORREO ELECTRONICO	CALIFICACION
FERRETERIA	MATERIALES	FERRETERIA SILVA	804017457-3	CR 19 22 06 VILLA LINDA GIRON	6590553	ROBINSON ANDRES	CONTADO	ventas@ferreteriasilva.com	
	MATERIALES	FERRETERIA ALDIA	890208890-2	CRA 15 No 42-37 CENTRO BGA	3114525306	MARIA SANTAMARIA	CREDITO	SECRETARIADORAL@ALDIAFERRETERIA.COM	
	TEJA	PRADA ALVILAR SAS	804.005.909-0	CR 18 No. 46 - 103 LA CONCORDIA BGA	3152226884	CRISTIAN JEREZ	CONTADO	administracion@pradaalvilar.co	
	MATERIALES	ARDISA SA	890.200.050	CR 17C # 60-30 BARRIO RICAURTE, BUCARAMANGA	313 8161197	KATERINE	CREDITO	cartera@ardisa.com.co	
	MATERIAL DE EQUIPOS	POWER'S TOOLS ANGELA MAYORGA	901.244.336-5	AV QUEBRADASECA 17 - 40 BGA	3107638949	JUAN DAVID	CONTADO	powerstools@yahoo.com	
MATERIAL DE MADERA	MADERA	SAALPLIN DEPOSITO DE MADERAS	91.105.340-2	CALLE 8 11-94 BARRIO CENTRO LEBRIJA	3178079270	ALONSO PINTO	CONTADO	saalpinmaderas@gmail.com	
MATERIAL DE MADERA	MADERA	MADERAS AMAYA	5.567.647-7	CRA 16 No. 25 - 38	3179220244	ALFONSO	ANTICIPO	maderasamaya@gmail.com	
EPP Y DOTACIONES	DOTACION Y SEGURIDAD	ASPROIND - MARIA CAMILA SOTO	27.938.129-6	CRA 15 NO 33-60	3183960805	YENIFER	CREDITO	VENTAS@ASPROIND.COM	
	DOTACION Y SEGURIDAD	DOTAHERLOGO	804.010.86-0	CRA 14 No 37-50	67007762	ALEXANDRA VAVIESCAS	CREDITO	ASESORCOMERCIAL@DOTAHERLOGO.COM	
TRANSPORTE	TRANSPORTE DE AGREGADOS	ZHARICK VALENTINA GOMEZ JAIMES	1.098.072.307-1	CL 3 E Sur # 22 - 32 AP 201 BRR RIVERAS DEL RIO	322 3468868	DON RUBEN	CONTADO	Vg4769326@gmail.com	
	TRANSPORTE DE MATERIAL	ALVARO RUIZ AVENDAÑO	13.541.531	CL 30C - 30 56 BR VILLA CAROLINA GIRON	3124436003	ALVARO	CONTADO	RUIZ.78@HOTMAIL.COM	
MATERIAL ELECTRICO	MATERIAL	SONEPAR COLOMBIA SAS	860.531.287-5	CL 59 # 13 88 VIA GIRON	3164315452	SEBASTIAN	CREDITO	sebastian.garcia@sonepar.co	
	MATERIAL	INTERNACIONAL DE ELECTRICOS	809002625-7	Cra 17 # 45-149	316 8745795	VLADIMIR	CREDITO	asesor; vodiaz@legrupo.co	
FORMALETA	ALQUILER DE FORMALETA	EQUIPOS Y CONSUMIBLES SAS	901.875.543-0	CL 65C OA 02 BR CORDONCILLO 2 BGA	3168913082	LUIS BUEDA	CREDITO	ventasformaleta@gmail.com	
LADRILLO	LADRILLO	LADRILLOS DIAMANTE	901.454.311-2	VEREDA RIO FRIO GIRON - SANTADER	3228780361	LILIANA	CREDITO	LADRILLOSDIAMANTE@GMAIL.COM	