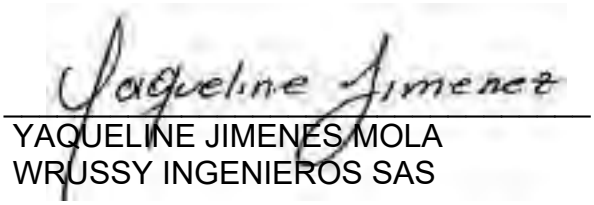
INFORME SST 1

PERIODO: 10 JULIO – 08 AGOSTO 2025

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA
CACOM 3

Elaboró:



YAQUELINE JIMENES MOLA
WRUSSY INGENIEROS SAS

Revisó y Aprobó:



WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
WRUSSY INGENIEROS SAS

CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO. 4
1.1 INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA 4
2. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y PLAN DE CONTINGENCIAS. 5
2.1. PROGRAMA DE: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 5
2.1.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL 5
2.1.2. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 7
2.2. PROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL 14
2.2.1. PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO 14
2.2.2. INSPECCIONES 14
2.2.3. ACCIDENTALIDAD 15
2.2.5 INDICADORES 15
3. PAGOS DE SALARIOS 20
4. ELEMENTOS PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS 20
5. CONCLUSIONES 20

LISTA DE ILUSTRACIONES

lustración 1. Ubicación del proyecto. Google maps. 4

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Personal 5
Tabla 2. Exámenes de Ingreso 8
Tabla 3. Ingresos de Personal 9
Tabla 4. Programación Capacitaciones 10
Tabla 5. Asistencia a Capacitaciones 10
Tabla 6. Programación Charlas 12
Tabla 7. Programación Pausas Activas 13
Tabla 8. COPASST 13
Tabla 9. CCL 14
Tabla 10. Permisos de Trabajo 14
Tabla 11. Programación Inspecciones 14
Tabla 12. Brigada de Emergencias 15

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

El proyecto se ejecutará en la ciudad de Soledad, Barranquilla, Atlántico, como se evidencia en la ilustración N 1.

lustración 1. Ubicación del proyecto. Google maps.



Fuente: https://www.google.com/maps/

1.1 INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
CORREO ELECTRÓNICO: proyectos@wrussyingenieros.com
OFICINA: DIRECCIÓN: Calle 8f # 79- 94 Bogotá D.C.
Contrato de Obra No. **002-00-F-CACOM-3-GRULA 2025**
Objeto: MANTENIMIENTO RECUPERATIVO INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS NO AERONÁUTICOS ALOJAMIENTOS MILITARES CASADOS DEL CACOM3, MANTENIMIENTO CONTENEDORES RADAR Y MANTENIMIENTO BIENES INMUEBLES CACOM-3 Y RADAR.

2. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y PLAN DE CONTINGENCIAS.

2.1. PROGRAMA DE: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Este capítulo, está enmarcado al contexto del contrato **No. 002-00-F-CACOM-3-GRULA 2025** evidenciando las actividades ejecutadas de Seguridad y Salud en el Trabajo, derivados del desarrollo de los trabajos en obra, de igual forma, dando cumplimiento a los parámetros de seguridad y salud en el trabajo establecidos en el contrato.

La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** realizó todas las actividades que se establecieron en el cronograma en el periodo comprendido del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, entre las actividades realizadas se encuentran las siguientes: (identificación de riesgos en el centro de trabajo mediante la matriz de identificación de peligros, inspecciones de seguridad, inspección de orden y aseo, entrega de elementos de protección personal, charlas, pausas activas, capacitaciones, entre otras).

Dando cumplimiento al contrato en mención a continuación se relacionan todas las actividades que se han realizado en materia de seguridad y salud en el trabajo.

2.1.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

2.1.1.1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL PERSONAL MÍNIMO

Personal para la ejecución del contrato No. **002-00-F-CACOM-3-GRULA 2025**.

En la tabla 1, se relaciona el personal que ejecutó actividades durante el periodo **10 de julio al 08 de agosto de 2025,** del cual hicieron parte: técnicos, profesionales, tecnólogos, ayudantes que realizaron labores dentro del contrato No. **002-00-F-CACOM-3-GRULA 2025**.

Tabla 1. Personal

DATOS PERSONALES					
NOMBRES Y APELLIDOS	**CEDULA**	**CARGO**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE EGRESO**	**ESTADO**
Edgar Humberto Mancera Rodríguez	19.444.776	Residente de Obra	11/06/2025		**ACTIVO**
Yaqueline Jiménez Mola	1.042.460.188	Profesional SST	02/07/2025		**ACTIVO**
David Argote Raudales	77.155.447	Oficial de Obra	15/07/2025		**ACTIVO**

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	INFORME MENSUAL

Wilson Alfonso López Jaramillo	1.047.218.465	Oficial de Obra	15/07/2025		**ACTIVO**
José Mario Guerrero Gómez	1.134.183.545	Ayudante de Obra	15/07/2025		**ACTIVO**
Efraín Ramírez Vásquez	13.643.682	Ayudante de Obra	15/07/2025		**ACTIVO**
Juan Miguel Pérez Ferrer	8.572.227	Ayudante de Obra	15/07/2025		**ACTIVO**
Luis Carlos Martínez Jiménez	11.438.423	Plomero	21/07/2025		**ACTIVO**
Luis Manuel Saumeth Canaval	1.081.927.437	Inspector de Obra	23/07/2025		**ACTIVO**
Sandro Rivera Palencia	73.562.655	Maestro de Obra	23/07/2025		**ACTIVO**
Jorge Antonio de la Cruz Pérez	8.788.177	Maestro de Obra	23/07/2025		**ACTIVO**
Juan Carlos Camargo Salazar	1.129.541.442	Ayudante de Obra	23/07/2025		**ACTIVO**
Alfonso Manuel Vergara Herrera	78.323.568	Maestro de Obra	24/07/2025		**ACTIVO**
Mario Rafael Fontalvo Pérez	8.572.679	Ayudante de Obra	24/07/2025		**ACTIVO**
Rogelio Enrique Guerrero Jiménez	1.045.681.049	Ayudante de Obra	24/07/2025		**ACTIVO**
Nicolas Antonio Martínez Matos	72.044.045	Ayudante de Obra	24/07/2025		**ACTIVO**
Víctor Alfonso Toscano Pérez	72.340.890	Ayudante de Obra	24/07/2025		**ACTIVO**
John Edwing Ramírez Arguello	1.102.719.047	Maestro de Obra	25/07/2025		**ACTIVO**
Elkin Ferney Quiroga Ramírez	1.098.694.789	Ayudante de Obra	25/07/2025		**ACTIVO**
Augusto Alfonso García Arenilla	1.002.474.678	Ayudante de Obra	30/07/2025		**ACTIVO**
José Luis Ramos García	85.442.184	Ayudante de Obra	30/07/2025		**ACTIVO**
Leonel Arias García	1.052.700.489	Ayudante de Obra	30/07/2025		**ACTIVO**
Yeferson Martínez Duran	1.002.474.209	Ayudante de Obra	30/07/2025		**ACTIVO**
Manuel Arturo Bandera Páez	12.400.740	Ayudante de Obra	30/07/2025		**ACTIVO**

Mauricio de Jesús Márquez Cahuana	1.042.348.740	Maestro de Obra	31/07/2025		**ACTIVO**
Jaider Andrés Sandoval Varela	1.007.119.769	Ayudante de Obra	31/07/2025		**ACTIVO**
Jorge Luis Sandoval Varela	1.234.888.910	Ayudante de Obra	31/07/2025		**ACTIVO**
Jorge Luis Sandoval Barros	8.506.884	Oficial de Obra	31/07/2025		**ACTIVO**
Marco Antonio Pertuz Teherán	1.143.260.035	Ayudante de Obra	31/07/2025		**ACTIVO**
Joel Andrés Glen Jaraba	1.048.273.484	Ayudante de Obra	05/08/2025		**ACTIVO**
Robinson Enrique Herrera Ascencio	72.050.576	Ayudante de Obra	06/08/2025		**ACTIVO**
Joaquín Pablo Cervantes Ariza	8.572.588	Ayudante de Obra	06/08/2025		**ACTIVO**

2.1.2. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

A continuación, presentamos la gestión de seguridad y salud en el trabajo que se llevó a cabo en la ejecución del contrato entre el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025.**

2.1.2.1. INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se realizó inducción de seguridad y salud en el trabajo donde se explicó al personal los siguientes temas:

- ✓ Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
- ✓ Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
- ✓ AFP-EPS-ARL-CCF
- ✓ Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)
- ✓ Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
- ✓ Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
- ✓ Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
- ✓ Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
- ✓ Riesgo mecánico: peligro de Izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
- ✓ Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
- ✓ Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
- ✓ RIT (Reglamento Interno de Trabajo)
  - o Son obligaciones especiales del trabajador

- Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
- Prohibiciones de los trabajadores

- ✓ Política de Seguridad y salud en el trabajo y reglamento de higiene y seguridad industrial.
- ✓ PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
- ✓ Que es el comité de convivencia laboral
- ✓ Que el COPASST

Para constancia de la inducción se anexan los siguientes registros:

ANEXO 1: Acta y Evaluación de inducción y reinducción en SGI
ANEXO 2: Entrega individual EPP

2.1.2.2. DOCUMENTACION Y PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

La documentación del personal que ejecuto actividades dentro del **10 de julio al 08 de agosto de 2025** y las planillas de seguridad social las cuales se están pagando a todos los trabajadores operativos y administrativos se encuentran en el **ANEXO 4**

2.1.2.3. CONDICIONES DE SALUD

Durante el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, se contó con 32 ingresos de personal. **ANEXO 3.**

Tabla 2. Exámenes de Ingreso

NOMBRE	CEDULA	FECHA DE INGRESO
Edgar Humberto Mancera Rodríguez	19.444.776	11/06/2025
Yaqueline Jiménez Mola	1.042.460.188	02/07/2025
David Argote Raudales	77.155.447	15/07/2025
Wilson Alfonso López	1.047.218.465	15/07/2025
José Mario Guerrero Gómez	1.134.183.545	15/07/2025
Efraín Ramírez Vásquez	13.643.682	15/07/2025
Juan Miguel Pérez Ferrer	8.572.227	15/07/2025
Luis Carlos Martínez Jiménez	11.438.423	21/07/2025
Luis Manuel Saumeth Canaval	1.081.927.437	23/07/2025
Sandro Rivera Palencia	73.562.655	23/07/2025
Jorge Antonio de la Cruz Pérez	8.788.177	23/07/2025
Juan Carlos Camargo Salazar	1.129.541.442	23/07/2025
Alfonso Manuel Vergara Herrera	78.323.568	24/07/2025
Mario Rafael Fontalvo Pérez	8.572.679	24/07/2025
Rogelio Enrique Guerrero Jiménez	1.045.681.049	24/07/2025
Nicolas Antonio Martínez Matos	72.044.045	24/07/2025
Víctor Alfonso Toscano Pérez	72.340.890	24/07/2025

John Edwing Ramírez Arguello	1.102.719.047	25/07/2025
Elkin Ferney Quiroga Ramírez	1.098.694.789	25/07/2025
Augusto Alfonso García Arenilla	1.002.474.678	30/07/2025
José Luis Ramos García	85.442.184	30/07/2025
Leonel Arias García	1.052.700.489	30/07/2025
Yeferson Martínez Duran	1.002.474.209	30/07/2025
Manuel Arturo Bandera Páez	12.400.740	30/07/2025
Mauricio de Jesús Márquez Cahuana	1.042.348.740	31/07/2025
Jaider Andrés Sandoval Varela	1.007.119.769	31/07/2025
Jorge Luis Sandoval Varela	1.234.888.910	31/07/2025
Jorge Luis Sandoval Barros	8.506.884	31/07/2025
Marco Antonio Pertuz Teherán	1.143.260.035	31/07/2025
Joel Andrés Glen Jaraba	1.048.273.484	05/08/2025
Robinson Enrique Herrera Ascencio	72.050.576	06/08/2025
Joaquín Pablo Cervantes Ariza	8.572.588	06/08/2025

2.1.2.3.1. INGRESOS DE PERSONAL

Durante el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, se contó con 32 ingresos de personal.

Tabla 3. Ingresos de Personal

NOMBRE	CEDULA	FECHA DE INGRESO
Edgar Humberto Mancera Rodríguez	19.444.776	11/06/2025
Yaqueline Jiménez Mola	1.042.460.188	02/07/2025
David Argote Raudales	77.155.447	15/07/2025
Wilson Alfonso López	1.047.218.465	15/07/2025
José Mario Guerrero Gómez	1.134.183.545	15/07/2025
Efraín Ramírez Vásquez	13.643.682	15/07/2025
Juan Miguel Pérez Ferrer	8.572.227	15/07/2025
Luis Carlos Martínez Jiménez	11.438.423	21/07/2025
Luis Manuel Saumeth Canaval	1.081.927.437	23/07/2025
Sandro Rivera Palencia	73.562.655	23/07/2025
Jorge Antonio de la Cruz Pérez	8.788.177	23/07/2025
Juan Carlos Camargo Salazar	1.129.541.442	23/07/2025
Alfonso Manuel Vergara Herrera	78.323.568	24/07/2025
Mario Rafael Fontalvo Pérez	8.572.679	24/07/2025
Rogelio Enrique Guerrero Jiménez	1.045.681.049	24/07/2025
Nicolas Antonio Martínez Matos	72.044.045	24/07/2025
Víctor Alfonso Toscano Pérez	72.340.890	24/07/2025
John Edwing Ramírez Arguello	1.102.719.047	25/07/2025
Elkin Ferney Quiroga	1.098.694.789	25/07/2025

Augusto Alfonso García Arenilla	1.002.474.678	30/07/2025
José Luis Ramos García	85.442.184	30/07/2025
Leonel Arias García	1.052.700.489	30/07/2025
Yeferson Martínez Duran	1.002.474.209	30/07/2025
Manuel Arturo Bandera Páez	12.400.740	30/07/2025
Mauricio de Jesús Márquez Cahuana	1.042.348.740	31/07/2025
Jaider Andrés Sandoval Varela	1.007.119.769	31/07/2025
Jorge Luis Sandoval Varela	1.234.888.910	31/07/2025
Jorge Luis Sandoval Barros	8.506.884	31/07/2025
Marco Antonio Pertuz Teherán	1.143.260.035	31/07/2025
Joel Andrés Glen Jaraba	1.048.273.484	05/08/2025
Robinson Enrique Herrera Ascencio	72.050.576	06/08/2025
Joaquín Pablo Cervantes Ariza	8.572.588	06/08/2025

2.1.2.3.2. RETIRO DE PERSONAL

Durante el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, no se presentaron egresos de trabajadores.

2.1.2.4. CAPACITACIONES

En el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, se programaron dos capacitaciones, cumpliendo con un porcentaje de ejecución del 100%.

Tabla 4. Programación Capacitaciones

PROGRAMACIÓN					
Fecha Programada	**Fecha Ejecutada**	**Cumple/No Cumple**	**Programadas**	**Ejecutadas**	**% Cumplimiento**
31/07/2025	31/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
31/07/2025	31/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
			2	2	**100%**

Nota 2: A continuación, se relaciona el personal que asistió a la capacitación dada en el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025.**

Tabla 5. Asistencia a Capacitaciones

CAPACITACIÓN	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO
MANEJO DE EXTINTORES	MARCO PERTUZ	AYUDANTE
	JORGE SANDOVAL	OFICIAL
	JAIDER SANDOVAL	AUXILIAR
	JOSE RAMOS	OFICIAL
	MAURICIO MARQUEZ	MAESTRO

CAPACITACIÓN	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO
IDENTIFICACION DE RIESGOS	LUIS CANAVAL	INSPECTOR DE OBRA
	JAIDER SANDOVAL	AYUDANTE DE OBRA
	DAVID ARGOTE	OFICIAL DE OBRA
	JORGE SANDOVAL VARELA	AYUDANTE DE OBRA
	JOSE RAMOS	OFICIAL DE OBRA
	MARCO PERTUZ	AYUDANTE DE OBRA
	MAURICIO MARQUEZ	MAESTRO DE OBRA
	LUIS CARLOS MARTINEZ	PLOMERO
	ROGELIO GUERRERO	OFICIAL DE OBRA
	WILSON LOPEZ	OFICIAL DE OBRA
	JORGE LUIS BARROS	AYUDANTE DE OBRA
	AUGUSTO GARCIA	AYUDANTE DE OBRA
	EFRAIN RAMIREZ	AYUDANTE DE OBRA
	JOEL GLEN	AUXILIAR PLOMERO
	JOAQUIN CERVANTES	AYUDANTE DE OBRA
	JUAN PEREZ	AYUDANTE DE OBRA
	SANDRO RIVERA	MAESTRO DE OBRA
	LEONEL ARIAS	AYUDANTE DE OBRA
	YEFERSON MARTINEZ	AYUDANTE DE OBRA
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO DE OBRA
	ROBINSON HERRERA	OFICIAL DE OBRA
	VICTOR TOSCANO	AYUDANTE DE OBRA
	JORGE DE LA CRUZ	MAESTRO DE OBRA
	ELKIN QUIROGA	AYUDANTE DE OBRA

ANEXO 5. Capacitaciones

2.1.2.5. CHARLAS DE SEGURIDAD

Las charlas de 5 minutos se realizaron antes de iniciar la jornada laboral, estas se realizan el objetivo de informar y sensibilizar a los trabajadores sobre su seguridad y salud en las actividades que ejecutan diariamente. En el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025** se programaron 22 charlas y se ejecutaron 22; cumpliendo con un porcentaje del **100 %.**

Tabla 6. Programación Charlas

PROGRAMACION					
Fecha Programada	**Fecha Ejecutada**	**Cumple/No Cumple**	**Tema**	**Ejecutadas**	**% Cumplimiento**
14/07/2025	14/07/2025	CUMPLE	Riesgo Ergonómico	1	100%
15/07/2025	15/07/2025	CUMPLE	Inducción SG-SST	1	100%
16/07/2025	16/07/2025	CUMPLE	Prevención de Accidentes	1	100%
17/07/2025	17/07/2025	CUMPLE	Uso Obligatorio de EPP´S	1	100%
18/07/2025	18/07/2025	CUMPLE	Prevención del Riesgo Biológico	1	100%
19/07/2025	19/07/2025	CUMPLE	Uso Adecuado de Herramientas	1	100%
21/07/2025	21/07/2025	CUMPLE	Riesgo Eléctrico	1	100%
22/07/2025	22/07/2025	CUMPLE	Uso de Taladro	1	100%
23/07/2025	23/07/2025	CUMPLE	Uso de EPP´S	1	100%
24/07/2025	24/07/2025	CUMPLE	Inducción SST	1	100%
25/07/2025	25/07/2025	CUMPLE	Inducción SST	1	100%
26/07/2025	26/07/2025	CUMPLE	Normas de la Unidad SST	1	100%
28/07/2025	28/07/2025	CUMPLE	Socialización ATS	1	100%
29/07/2025	29/07/2025	CUMPLE	Uso de EPP´S	1	100%
30/07/2025	30/07/2025	CUMPLE	Inducción SG-SST	1	100%
31/07/2025	31/07/2025	CUMPLE	Manejo de Extintores	1	100%
01/08/2025	01/08/2025	CUMPLE	Uso de EPP´S	1	100%
02/08/2025	02/08/2025	CUMPLE	Importancia de la Hidratación	1	100%
04/08/2025	04/08/2025	CUMPLE	Manejo de Sustancias Químicas	1	100%
05/08/2025	05/08/2025	CUMPLE	Normas de la base	1	100%
06/08/2025	06/08/2025	CUMPLE	Riesgo Eléctrico	1	100%
08/08/2025	08/08/2025	CUMPLE	Uso de EPP´S	1	100%
				22	**100%**

ANEXO 6: Asistencia charlas de seguridad

2.1.2.6. PAUSAS ACTIVAS

Se realizaron las pausas activas durante la jornada laboral con el fin de revitalizar la energía corporal y refrescar la mente de los trabajadores. De acuerdo con el plan de trabajo se tiene programado que las pausas activas se deben realizar todos los días laborales, donde en periodo se ejecutaron 22 pausas activas y se programaron 22 pausas activas cumpliendo con un porcentaje del **100 %.**

Tabla 7. Programación Pausas Activas

PROGRAMACION					
Fecha Programada	**Fecha Ejecutada**	**Cumple/No Cumple**	**Programadas**	**Ejecutadas**	**% Cumplimiento**
14/07/2025	14/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
15/07/2025	15/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
16/07/2025	16/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
17/07/2025	17/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
18/07/2025	18/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
19/07/2025	19/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
21/07/2025	21/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
22/07/2025	22/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
23/07/2025	23/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
24/07/2025	24/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
25/07/2025	25/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
26/07/2025	26/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
28/07/2025	28/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
29/07/2025	29/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
30/07/2025	30/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
31/07/2025	31/07/2025	CUMPLE	1	1	100%
01/08/2025	01/08/2025	CUMPLE	1	1	100%
02/08/2025	02/08/2025	CUMPLE	1	1	100%
04/08/2025	04/08/2025	CUMPLE	1	1	100%
05/08/2025	05/08/2025	CUMPLE	1	1	100%
06/08/2025	06/08/2025	CUMPLE	1	1	100%
08/08/2025	08/08/2025	CUMPLE	1	1	100%
			22	22	**CUMPLE**

ANEXO 7: Asistencia Pausas Activas

2.1.2.7. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se realizó reunión del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, se adjunta acta de reunión del vigía de seguridad y salud en el trabajo.

Tabla 8. COPASST

FECHA	TEMAS TRATADOS
28/07/2025	1. Conformación Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

ANEXO 8: Acta de reunión Vigía seguridad y salud en el trabajo

2.1.2.8. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Se realizó la reunión del comité de convivencia laboral, cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, se adjunta acta de reunión del comité de convivencia laboral.

Tabla 9. CCL

FECHA	TEMAS TRATADOS
28/07/2025	1. Conformación Comité de Convivencia Laboral

ANEXO 9: Acta de reunión Comité de convivencia Laboral.

2.2. PROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

2.2.1. PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO

El análisis seguro de trabajo (AST), es un proceso por el cual se identifican incidentes potenciales y condiciones de peligro para cada uno de los pasos básicos de la tarea y se elaboran procedimientos de seguridad y controles para reducir la probabilidad de la materialización de este. El Análisis de Seguridad en la Tarea (AST) tiene como finalidad realizar una identificación de los agentes de riesgo a los cuales están expuestos los trabajadores en la ejecución de sus tareas dentro de la empresa.

Tabla 10. Permisos de Trabajo

DOCUMENTO	CANTIDAD
Análisis Seguro de Trabajo	3
Permiso de Trabajo en Caliente	3
Permiso de Trabajo en Alturas	1

ANEXO 10: ATS-Permisos de trabajo.

2.2.2. INSPECCIONES

Las inspecciones de seguridad son una técnica analítica de seguridad que consiste en el análisis realizado mediante la observación directa de las instalaciones, equipos y procesos productivos para identificar los peligros existentes y evaluar los riesgos en las áreas de trabajo. Para el periodo de **10 de julio al 08 de agosto de 2025** teniendo en cuenta las actividades ejecutadas en el mes.

Tabla 11. Programación Inspecciones

INSPECCIÓN REALIZADA	CANTIDAD
Inspección Elementos de Protección Personal	29
Inspección Pulidora	30

Inspección Taladro	35
Inspección Carretilla	12
Inspección Escalera Tipo Tijera	10

ANEXO 11: Inspecciones

2.2.3. ACCIDENTALIDAD

Durante el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, no se presentan accidentes laborales

ANEXO 12: HSE-FOR-65 Accidentalidad.

2.2.4 BRIGADAS DE EMERGENCIAS

Se realiza reunión de la brigada de emergencias del proyecto, adicional a ello se realiza actualización en el plan de emergencias donde se ubican los esquemas de las rutas de salida y punto de encuentro.

Tabla 12. Brigada de Emergencias

FECHA	TEMAS TRATADOS
29/07/2025	1. Conformación Brigada de Emergencia

ANEXO 13: Brigada de Emergencias

2.2.5 INDICADORES

Se establecen los indicadores para dar cumplimiento a lo establecido en el plan de seguridad y salud en el trabajo.

- **FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD**

$$\mathrm{R} = \frac{\mathrm{No}\ Accidentes\ de\ trabajo\ en\ el\ periodo}{\mathrm{No}\ \ de\ trabajadores\ en\ el\ periodo} * 100$$

$$\mathrm{R} = \frac{0}{32} = 0\ \%$$

- **ÍNDICE DE SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{\#\ dias\ incapacidad\ AT\ periodo + \#\ días\ cargados\ en\ el\ periodo}}{\mathbf{\#\ trabajadores\ en\ el\ periodo}} * \mathbf{100}$$

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{0}}{\mathbf{32}} = \mathbf{0}\ \%$$

En el periodo de **10 de julio al 08 de agosto de 2025,** no tuvo un accidente laboral.

- **ÍNDICE DE PROPORCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{\#\ ATmortalesen\ el\ año}}{\mathbf{\#\ AT\ en\ el\ año}} * \mathbf{100}$$

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{0}}{\mathbf{0}} = \mathbf{0}\ \%$$

Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún accidente mortal.

- **INCIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{\#\ de\ casos\ nuevos\ de\ EL}}{\mathbf{Promedio\ de\ trabajadores}} * \mathbf{100}$$

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{0}}{\mathbf{0}} = \mathbf{0}\ \%$$

Durante la ejecución del proyecto no se ha presentado enfermedades laborales en los trabajadores.

- **ÍNDICE FRECUENCIA AUSENTISMO**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{No\ \textit{días ausencia por incapacidad laboral}}}{\mathbf{No\ días\ programados\ de\ trabajo\ en\ el\ mes}} * \mathbf{100}$$

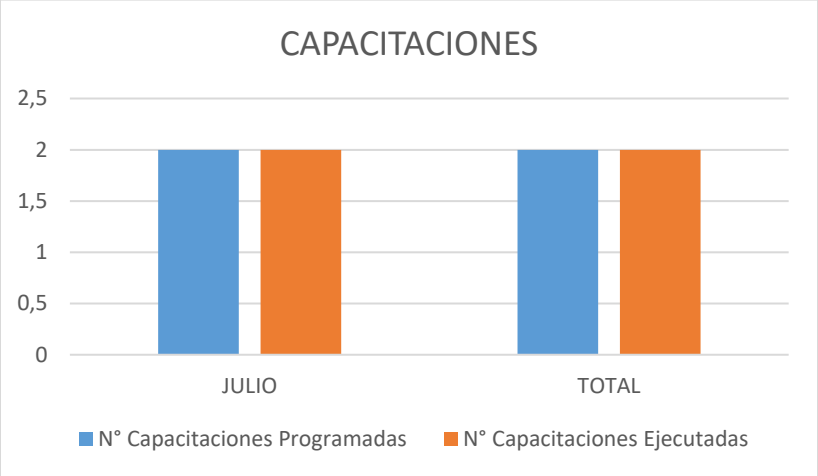
$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{0}}{\mathbf{30}} = \mathbf{0}\ \%$$

En el periodo de **10 de julio al 08 de agosto de 2025**, no se presentó ausentismo laboral, debido a incapacidades medicas por accidente de trabajo.

- **CAPACITACIONES**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{No\ \textit{capacitaciones programadas}}}{\mathbf{No\ \textit{Capacitaciones Ejecutadas}}}$$

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{2}}{\mathbf{2}} * \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$

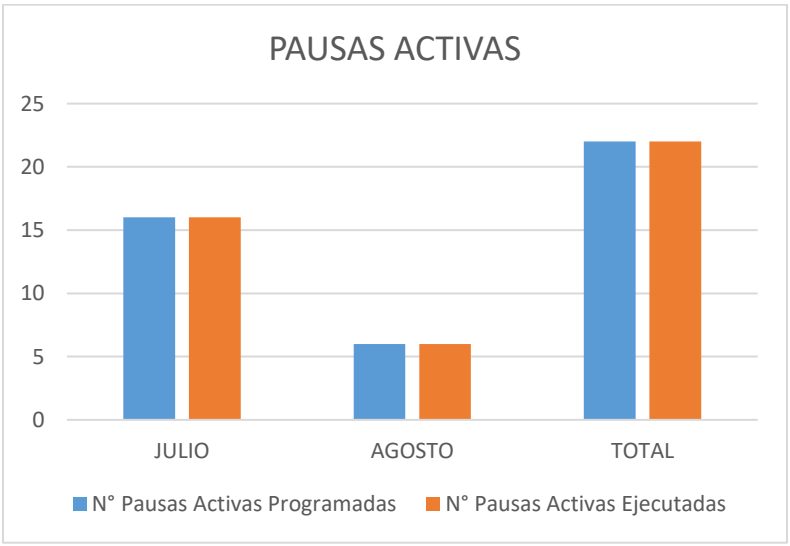


Se cumplió con el 100% de las capacitaciones programadas **10 de julio al 08 de agosto de 2025.**

- **PAUSAS ACTIVAS**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{No}\ \boldsymbol{pausas\ activas\ Ejecutadas}}{\mathbf{No}\ \boldsymbol{pausas\ activas\ \ programadas}}$$

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{22}}{\mathbf{22}} * \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$

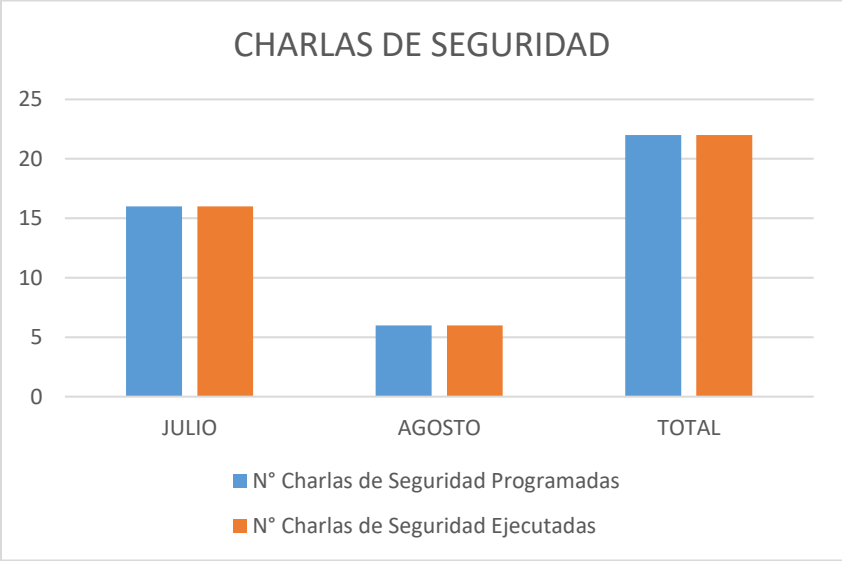


Se cumplió con el 100 % de las Pausas Activas Programadas para el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025**.

- **CHARLAS DE SEGURIDAD.**

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Charlas\ de\ seguridad\ \ programadas}}{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Charlas\ de\ seguridad\ \ Ejecutadas}}$$

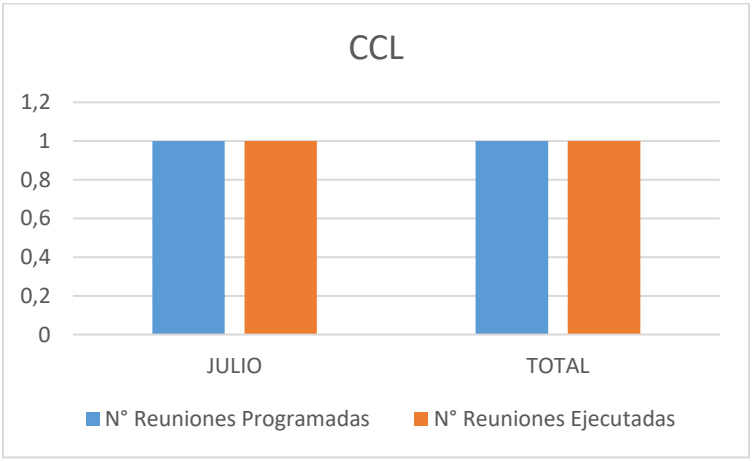
$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{22}}{\mathbf{22}} * \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$



- **CCL.**

$$\mathbf{CCL} = \frac{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Reuniones\ \ programadas}}{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Reuniones\ \ ejeutadas}}$$

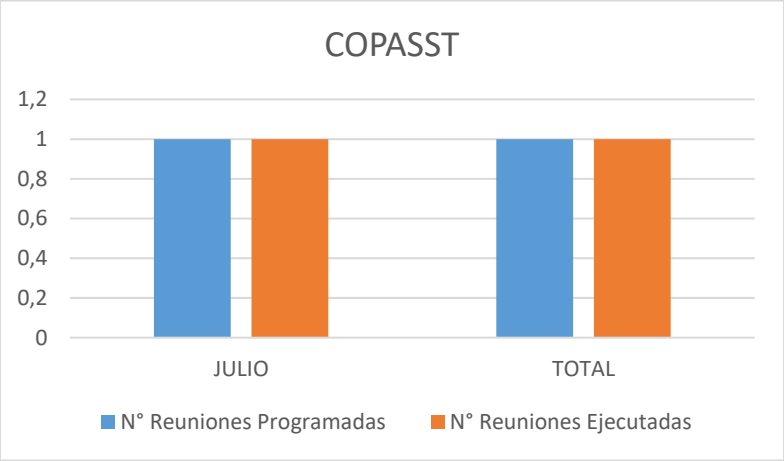
$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{1}}{\mathbf{1}} * \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$



- **REUNIONES COPASST**

$$\mathbf{COPASST} = \frac{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Reuniones\ programadas}}{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Reuniones\ ejeutadas}}$$

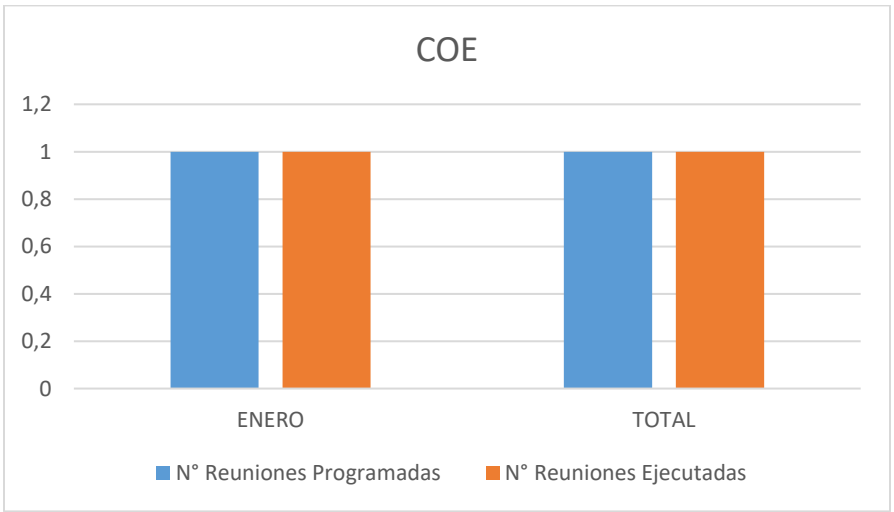
$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{1}}{\mathbf{1}} * \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$



- **REUNIONES COE**

$$\mathbf{COE} = \frac{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Reuniones\ programadas}}{\mathbf{No}\ \boldsymbol{Reuniones\ ejeutadas}}$$

$$\mathbf{R} = \frac{\mathbf{1}}{\mathbf{1}} * \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$



3. PAGOS DE SALARIOS

Durante el periodo de **10 de julio al 08 de agosto de 2025,** se cumplió con el pago de salarios a todos los colaboradores en el tiempo laborado para el **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

4. ELEMENTOS PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Durante el periodo de **10 de julio al 08 de agosto de 2025,** no se tuvo emergencias de ninguna índole, sin embargo, en obra se cuenta con una camilla y botiquín de primeros auxilios para cualquier tipo de emergencia.

5. CONCLUSIONES

- Durante el periodo de **10 de julio al 08 de agosto de 2025,** no se presentaron accidentes laborales.

- Se cumplió con los compromisos contractuales del contrato en el periodo del **10 de julio al 08 de agosto de 2025.**

- Los trabajadores contaron con los elementos de protección personal y dotaciones de acuerdo con las exigencias de la obra en mención.

ANEXO 1. INDUCCION SIG

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Manuel Bandera Perez	CEDULA: 12400740	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: Obra civil	CARGO: auxiliar	30-7-25
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores dianas
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Politica de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901 109 881-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carniza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
F SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI X	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	SI X	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
F SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI X	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI X	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI X	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI X	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	X SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI F	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI X	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI F	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	X SI	**Trabajo en Alturas**
N/A	**Espacios Confinados**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periodico con enfasis en sistema musculo esqueletico, audiometria y espirometria.
2. Cumplir y promocionar las politicas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS***.
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningun tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energia, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	12400740	**Cedula:**	1042460128
Nombre del trabajador:	Manuel Bandera Perez	**Nombre responsable inducción:**	Yeferson
Fecha:	30-07-2025	**Fecha:**	30-07-25
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

RUIZ Y INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.985-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Manuel Ospina	Fecha: 30-04-2025	Cargo: auxiliar	Nota: 10

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - (a.) Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechable	organico	aprovechable

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - (a) Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



O	O





X	



Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   (a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**
   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   (b) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**
   a. Conservar la calma.
   (b) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

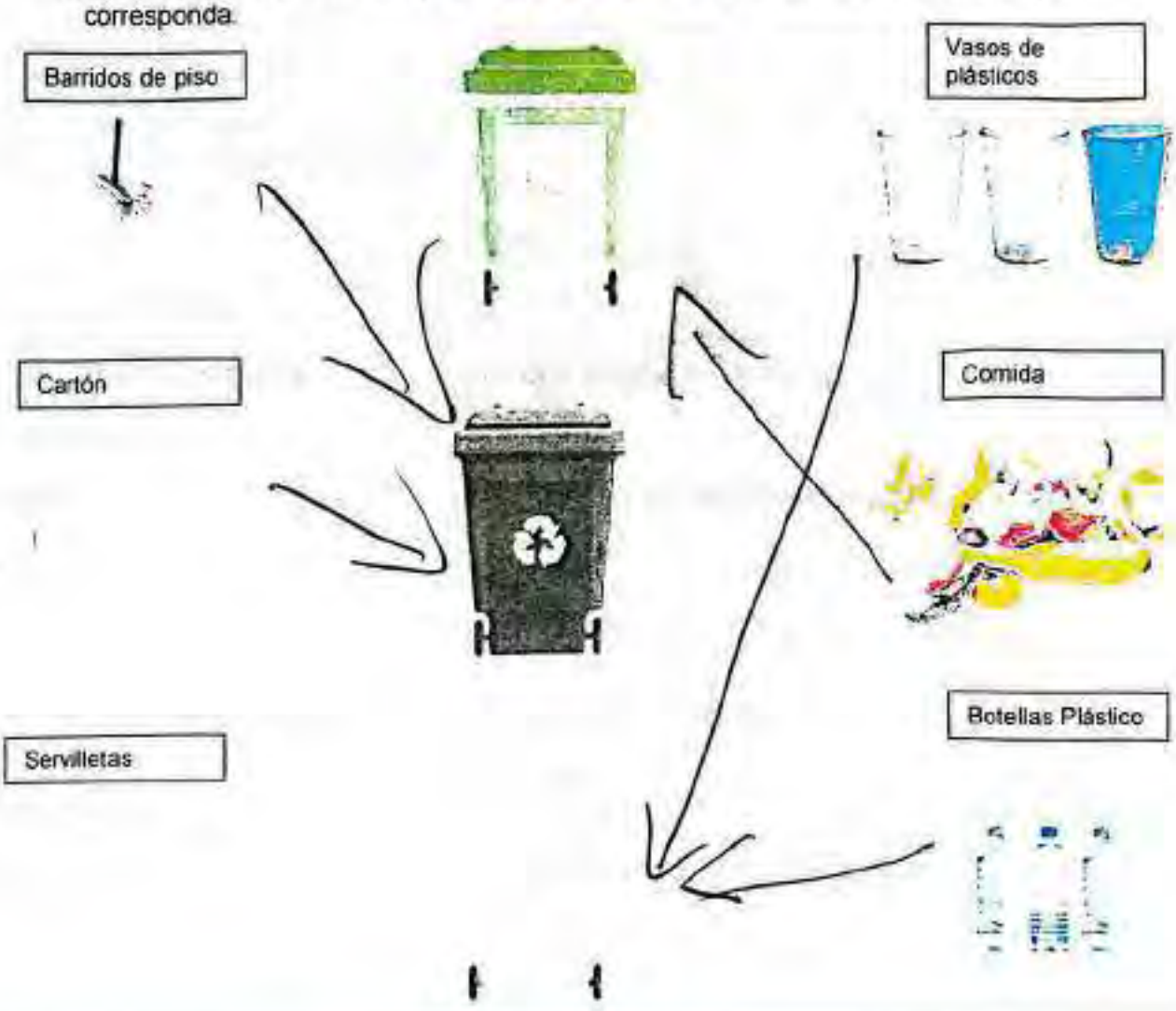
Prevenir enfermedades y accidentes de trabajo velando hacia por la salud del trabajador.

Scanned with CamScanner

9. Mencione el objetivo de la politica de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir, es la prevencion o mitigacion de todo aquellos factores de riesgos asociado al consumo de las sustancias sicoactiva

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Manuel Bandera P
FIRMA

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: MARCO Antonio Perez Herrera	**CEDULA:** 1143260035	**FECHA:** 28 Julio 2025
ÁREA/SECCIÓN: OPERATIVA	**CARGO:** Ayudante	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.107.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desórden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
SI	**Espacios Confinados.**	SI	**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periodico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este abierto a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula: *1143260035	**Cedula:** 1014260188
Nombre del trabajador: *MARCO PEREZ	**Nombre responsable inducción:** Yuly Catalina Jimenez
Fecha: *Jueves-28-Julio-2025	**Fecha:** 28-07-25
Firma del trabajador: *MARCO PEREZ	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

RUSSY INTERVENTORIA S.A.S. Nit. 901.101.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Marco Beltrán	Fecha: Jueves 28 Julio	Cargo: Ayudante	Nota: 100

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores

2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
No aprovechables	organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



[O]

[b]





[X]

[ ]



Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.685-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

la prevención de accidentes y enfermedades laborales

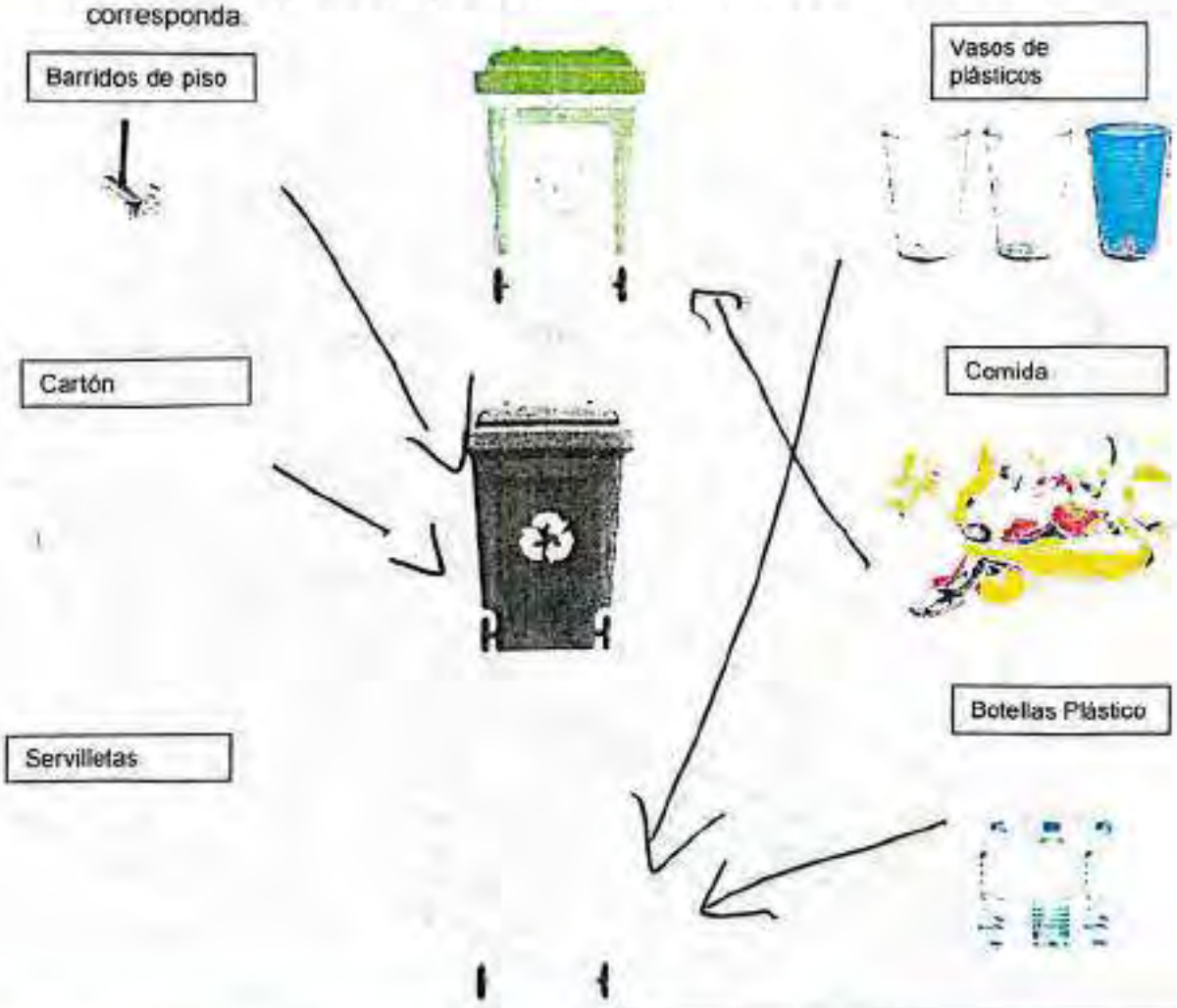
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

objetivo reducción y prevención de los riesgos asociados a la misma sustancia

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



• marco Pertuz

FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: MARIO PONTALVO	CEDULA: 85726779	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: operativa	CARGO: AYUDANTE	23-07-2025
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

X 1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.855-1	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos**: Humos de metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos**: Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con enfasis en sistema musculo esquelético, audiometria y espirometria.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este alerta a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	8572679	**Cedula:**	1042460126
Nombre del trabajador:	MARIO FONTALVO	**Nombre responsable inducción:**	Yaqueline Jaramillo
Fecha:	23-07-2025	**Fecha:**	23-07-25
Firma del trabajador:	MARIO FONTALVO	**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre:	Fecha: 28-02-2023	Cargo:	Nota:
[illegible]		Ayudante	100

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechable	organicos	Aprovechable

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



[6]

[0]





[X]

[ ]



Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

CUIDAR LA SALUD Y SEGURIDAD

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.865-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Tien como objetivo la Prebencion del consumo de sustancios sicoactivos y Prebencion de enfermedades

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda

Barridos de piso

Vasos de plásticos



Cartón

Comida

Servilletas

Botellas Plástico

MARIO PORTILLO
FIRMA

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Mauricio Mayan C.	CEDULA: 1042341740	FECHA: 26/07/25
ÁREA/SECCIÓN: Operativa	CARGO: Contratista	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: liquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de particulas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Politica de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUISSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.855-7	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de camaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie Si / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
NO	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	NO	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
NO	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	NO	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
NO	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parasitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
NO	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	NO	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en citular las vías imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
NO	**Naturales:** Movimientos sísmicos, fenómeno, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
NO	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	NO	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
NO	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	NO	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con enfasis en sistema musculo esquelético, audiometria y espirometria.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUISSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e imprevistos.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas deje estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra ylo en las áreas de trabajo.
12. Identifica la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1042348740	**Cedula:** 1042460182
Nombre del trabajador: Mauricio Mazo Betancur	**Nombre responsable inducción:** Yoselin Jimenez
Fecha: 26/07/25	**Fecha:** 26-07-25
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

RISKY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.485-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Mauricio Vargas	Fecha 26/07/25	Cargo: Contratista	Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

(a.) Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
Desechos no aprovechables	Desechos Comunes	Desechos aprovechables

3. Cuál es el significado de punto ecológico

(a.) Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.



O	



	O



X	



Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

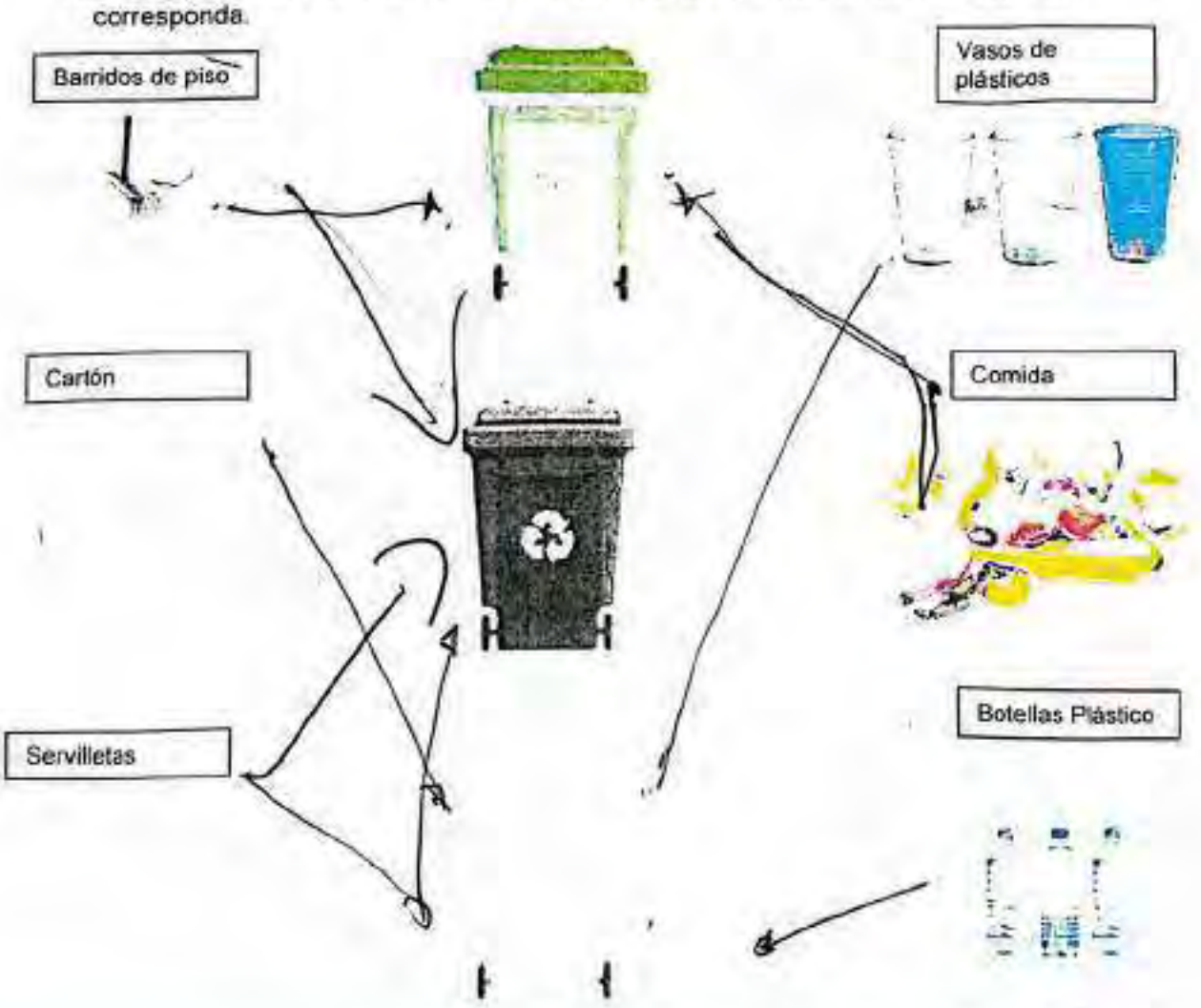
Prevenir enfermedades y accidentes laborales.

Scanned with CamScanner

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Objetivo principal es evitar el deterioro físico, mental del individuo.

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: NICOLAS MARTINEZ	CEDULA: 72044049	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: operativa	CARGO: AUXILIAR	24 o 7 2025
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109.585-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN** ***08/01/2019***

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie Si / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	NO	**Mecánicos:** Elementos de maquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	NO	**Eléctricos:** Bajo tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	NO	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	NO	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	NO	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	NO	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc	NO	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**	NO	**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periodico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometria y espirometria.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WIUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegurese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energia, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquelá en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo dia de ocurrido el evento.

Cedula: 72044045	**Cedula:** 1042460788
Nombre del trabajador: NICOLAS MARTINEZ	**Nombre responsable inducción:** Yoyulve Jimenez
Fecha: 24 MES 7 2025	**Fecha:** 24 2025 7
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	**CÓDIGO HSE-FOR-88**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: NICOLAS MARTINEZ	Fecha: 7 MAY 2025	Cargo: AUXILIAR	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
RESIVO NO APROVECHABLE	RESIVO ORGANICO	RESIVO APROVECHABLE

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos.
   - c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**









Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

PREVENIR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

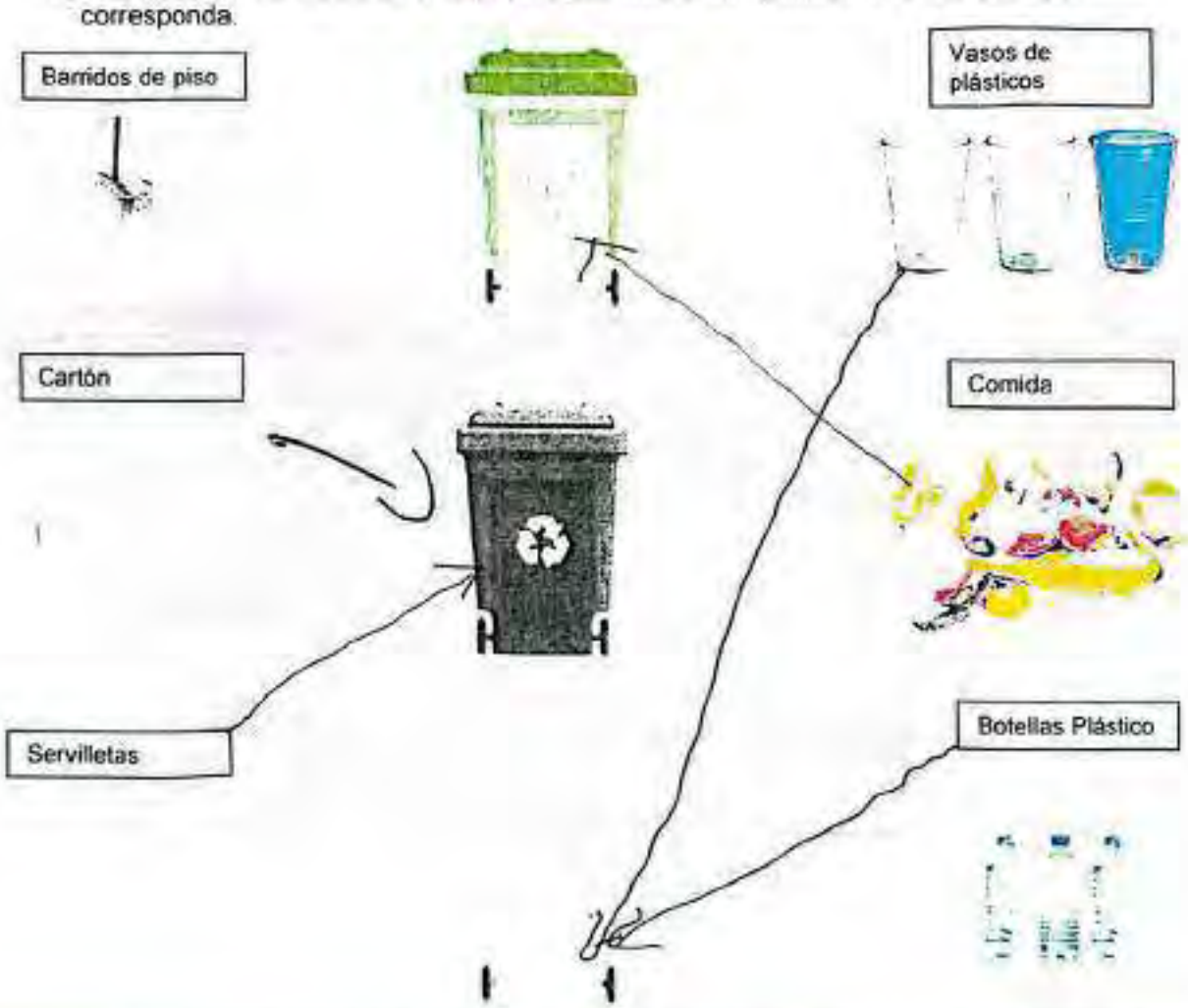
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

EL OBJETIVO PRINCIPAL ES LA PREVECION O REDUCION DE RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



NICOLAS
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Robinson Herrera	CEDULA: 7230576	FECHA: 06/08/25
ÁREA/SECCIÓN: Operativo.	CARGO: oficial	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 881-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligenciar SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
SI	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos**: Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquelo en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 72050576	**Cedula:** 1042460188
Nombre del trabajador: Robinson Enrique Mora Oso	**Nombre responsable inducción:** Yorfeline Jimenez
Fecha: 090520-6	**Fecha:** 06-03-25
Firma del trabajador: Robinson Herrera	**Firma responsable socialización:** Yorfeline Jimenez

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre:	Fecha:	Cargo:	Nota:
[illegible]	03-06	oficial	100

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechables	ordinarios	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.**









Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

cuydar y prebenir los seguridad de los trabajadores

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir enfermedades derivadas al consumo de esa sustancia

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Roblasini Heira
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	**CÓDIGO HSE- FOR-81**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: Rogelio Bolivar Jimenez	**CEDULA:** 1045682049	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN: Operativo	**CARGO:** Aux	23/07/2025

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901 109 881-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de camaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
Si.	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	Si.	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
Si.	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	No	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
Si.	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	Si.	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, caídas de objetos
Si.	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, carga mental, flujo. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	No	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito: exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
Si.	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	Si.	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
Si.	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	No	**Comportamentales.** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
No	**Públicos:** Robos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	Si.	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**	NO	**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este desenido
5. Por su seguridad durica retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquelo en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula:	1045681049	**Cedula:**	1042460382
Nombre del trabajador:	Rogulio Guevara J.	**Nombre responsable inducción:**	
Fecha:	23/07/2025	**Fecha:**	23-07-25
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Reyes Garcia	Fecha: 23/07/2023	Cargo: oficial	Nota: 4p

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**



no aprovechables organicos aprovechables peligrosos

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - **a.** Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



X

O





X

O



Scanned with CamScanner

5. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
(c) elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
(b) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

a. Conservar la calma.
(b) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

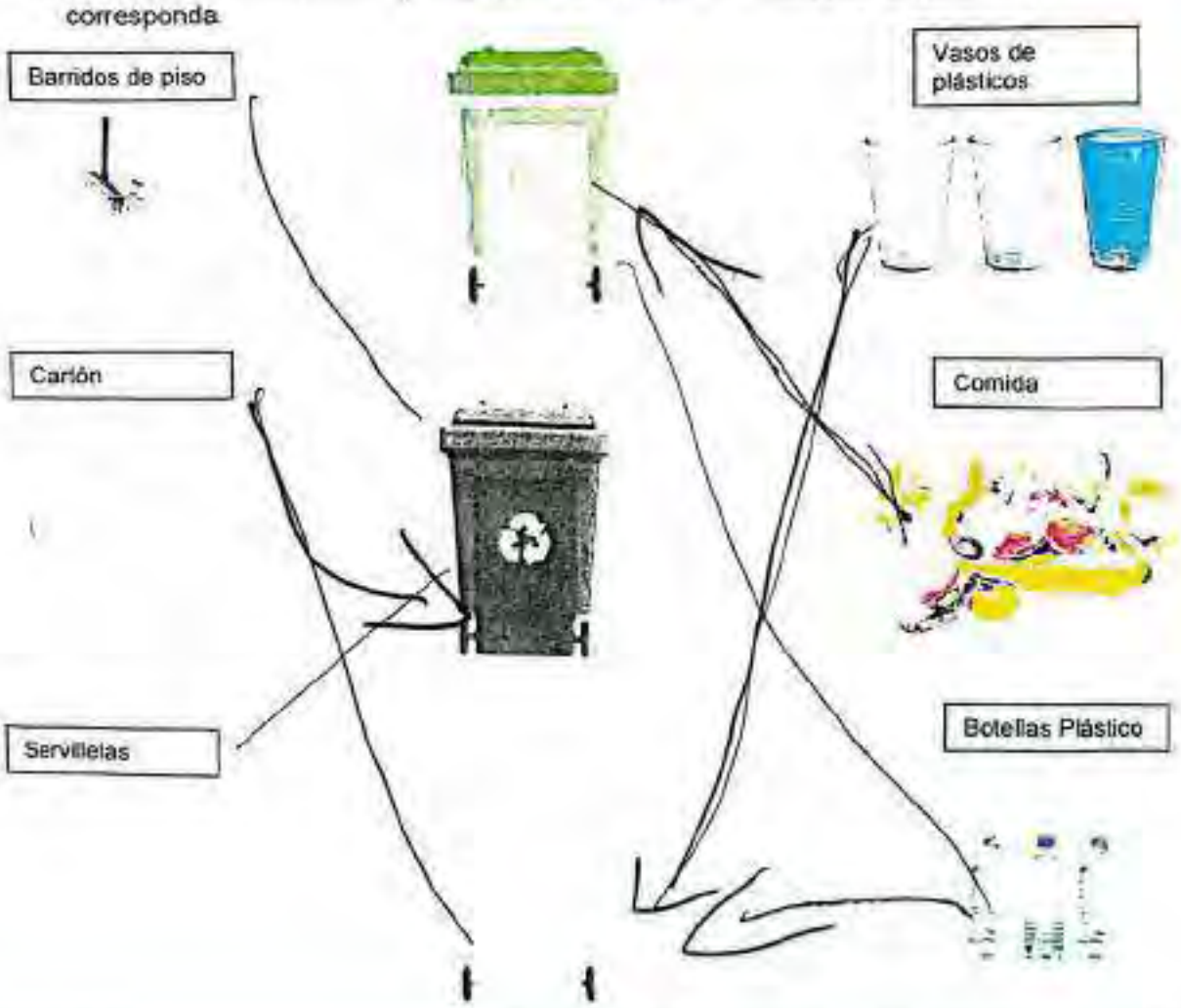
VELAR POR LA SALUD

Scanned with CamScanner

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

El objetivo Principal de la Politica es la Prevención de las sustancias sicoactivas y Prevención de enfermedades

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: • SANDRO RIVERA	CEDULA: • 73562685	FECHA: •
ÁREA/SECCIÓN: Operativo	CARGO: • MAESTRO	29-7-2025
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y asi promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.855-1	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie Si / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, carisancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la condición.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema muscular esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: * 75562655	**Cedula:** 1044601878
Nombre del trabajador: * Alvaro Rivera Patiño	**Nombre responsable inducción:** Yoyder Jimenez
Fecha: * 29-07-2025	**Fecha:** 29-07-25
Firma del trabajador: *	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIERICOS S.A.S. NIT. 901.105.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: • SANDRO RUEDA	Fecha: • 29-8-2024	Cargo: • MAESTRO Y OBRA	Nota: 10

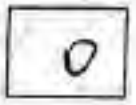
1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**




no Aprovechable	organicos	Aprovechable

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**







Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

(a.) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

(b.) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.

(b.) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA, usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

VELAR POR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

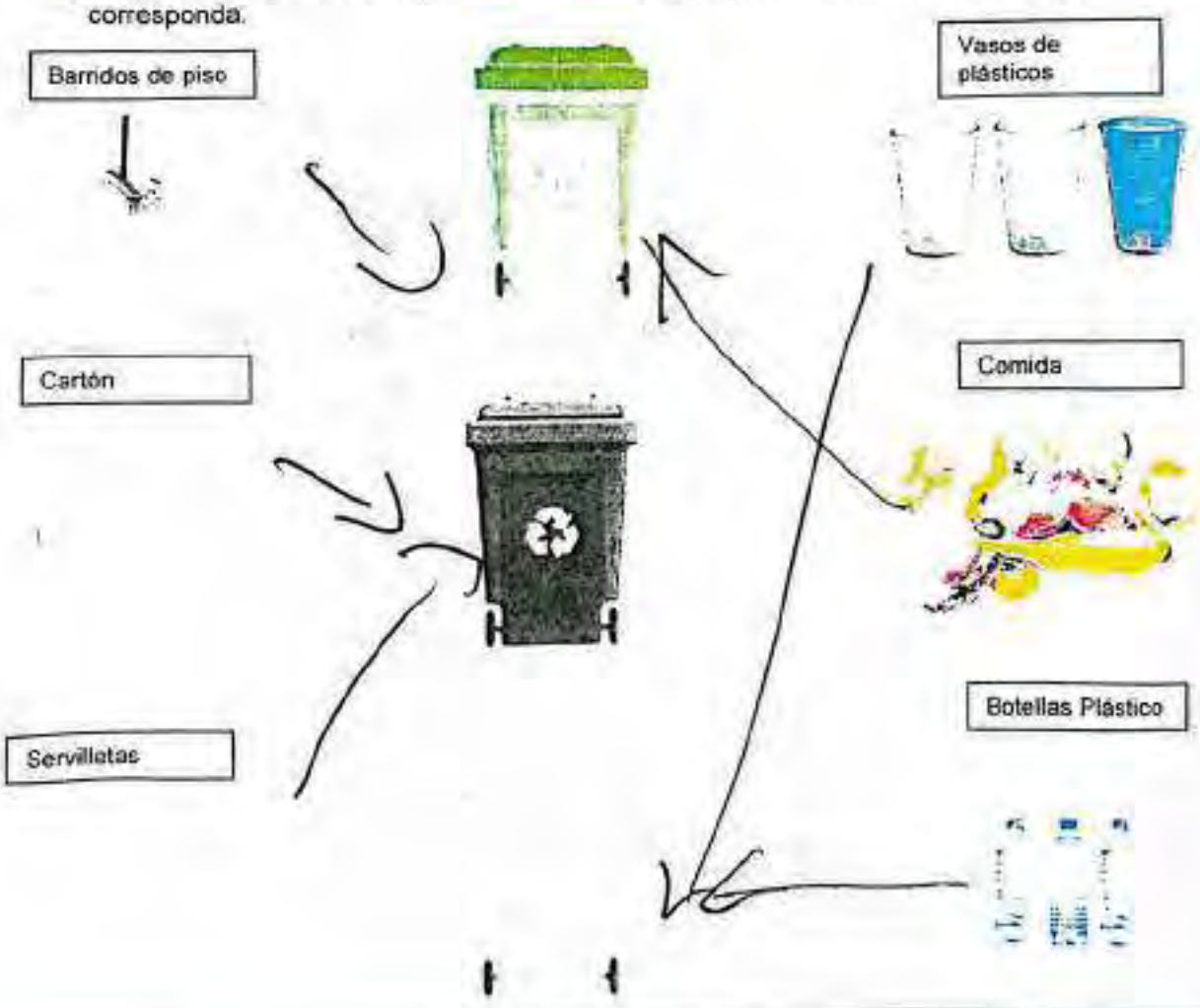
Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

PREVENIR ENFERMEDADES

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Victor Toscano Perez	CEDULA: 72340890	FECHA: 24-07-25
ÁREA/SECCIÓN: operativo	CARGO:	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
NO	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
NO	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
NO	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
NO	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
NO	**Naturales:** Movimientos sísmicos: terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales); Esfuerzo Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
NO	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en: las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
No	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del *WRUSSY INGENIEROS SAS.*
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula: 42-340-890	**Cedula:** 10-[illegible]-880103
Nombre del trabajador: Vida Toscano Perez	**Nombre responsable inducción:** [illegible]
Fecha: 24-07-2025	**Fecha:** 24-07-2025
Firma del trabajador: [signature]	**Firma responsable socialización:** [signature]

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Vica Tuconc	Fecha: 24-07-2023	Cargo: Ayudante Eco	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.

2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
Papel higienicos	Residuos no aprovechable	Residuos Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**









Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Proveer Acatar y Empleados Labores los

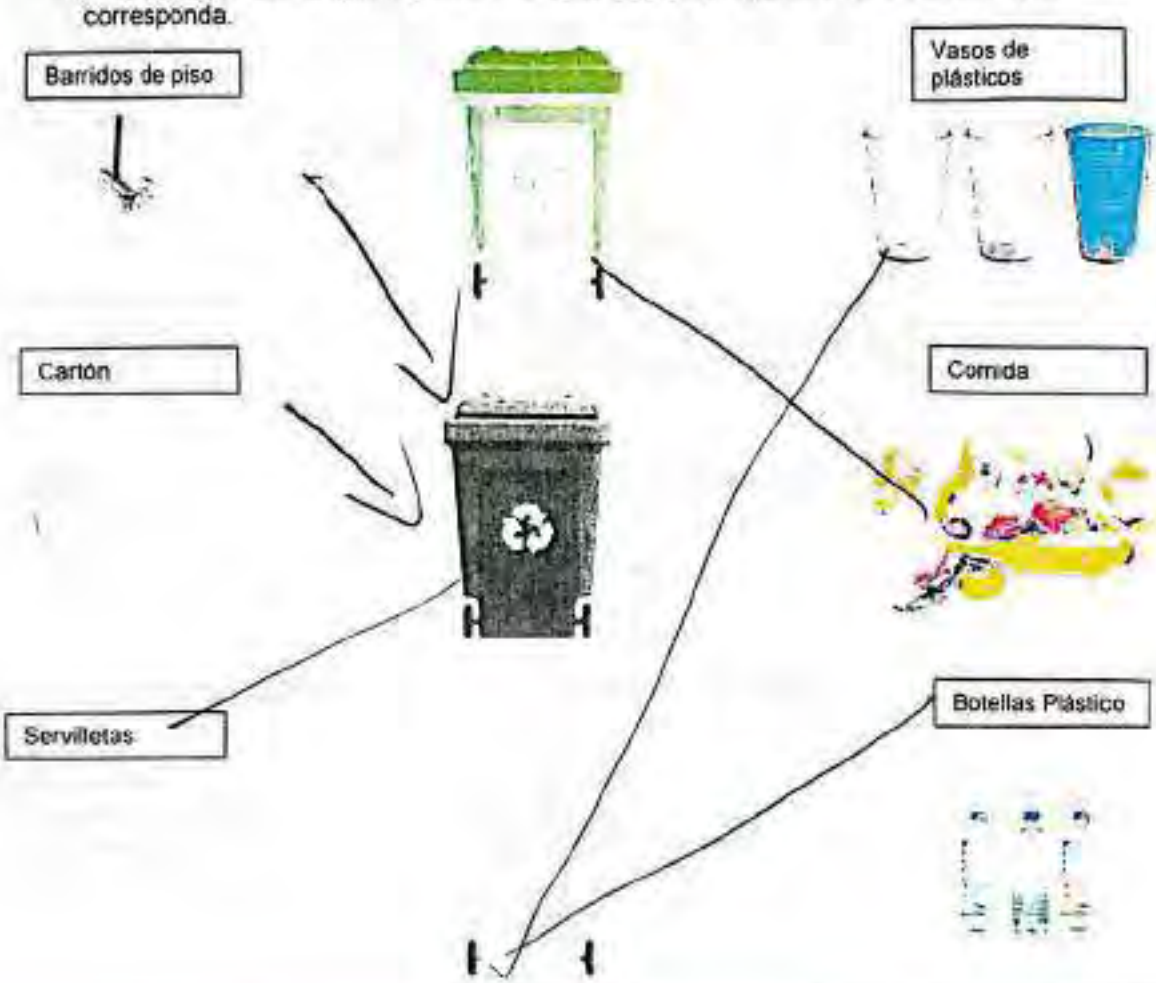
Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenciones de Reducción de Sustancias Psicoactivos

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109.585-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: Wilson Alfonso Ortiz Jaramillo	**CEDULA:** 1094218468	**FECHA:** 15 Jul 2025
ÁREA/SECCIÓN: operativa	**CARGO:** oficial	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 665 1	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	NO	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
	Públicos: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc	SI	**Trabajo en Alturas**
SI	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del *WRUSSY INGENIEROS SAS.*
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	1097218465	**Cedula:**	1042400178
Nombre del trabajador:	Wilson Lopez	**Nombre responsable inducción:**	Yaqueline Jiménez
Fecha:	15 Julio 2023	**Fecha:**	15-07-23
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Wilson Lopez	Fecha: 15 Jul 2025	Cargo: oficial	Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

X **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
No Aprobechabl	organicos	Aprobechables

3. Cuál es el significado de punto ecológico

(a) Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.









Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

(a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

(c.) Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.

(b.) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema

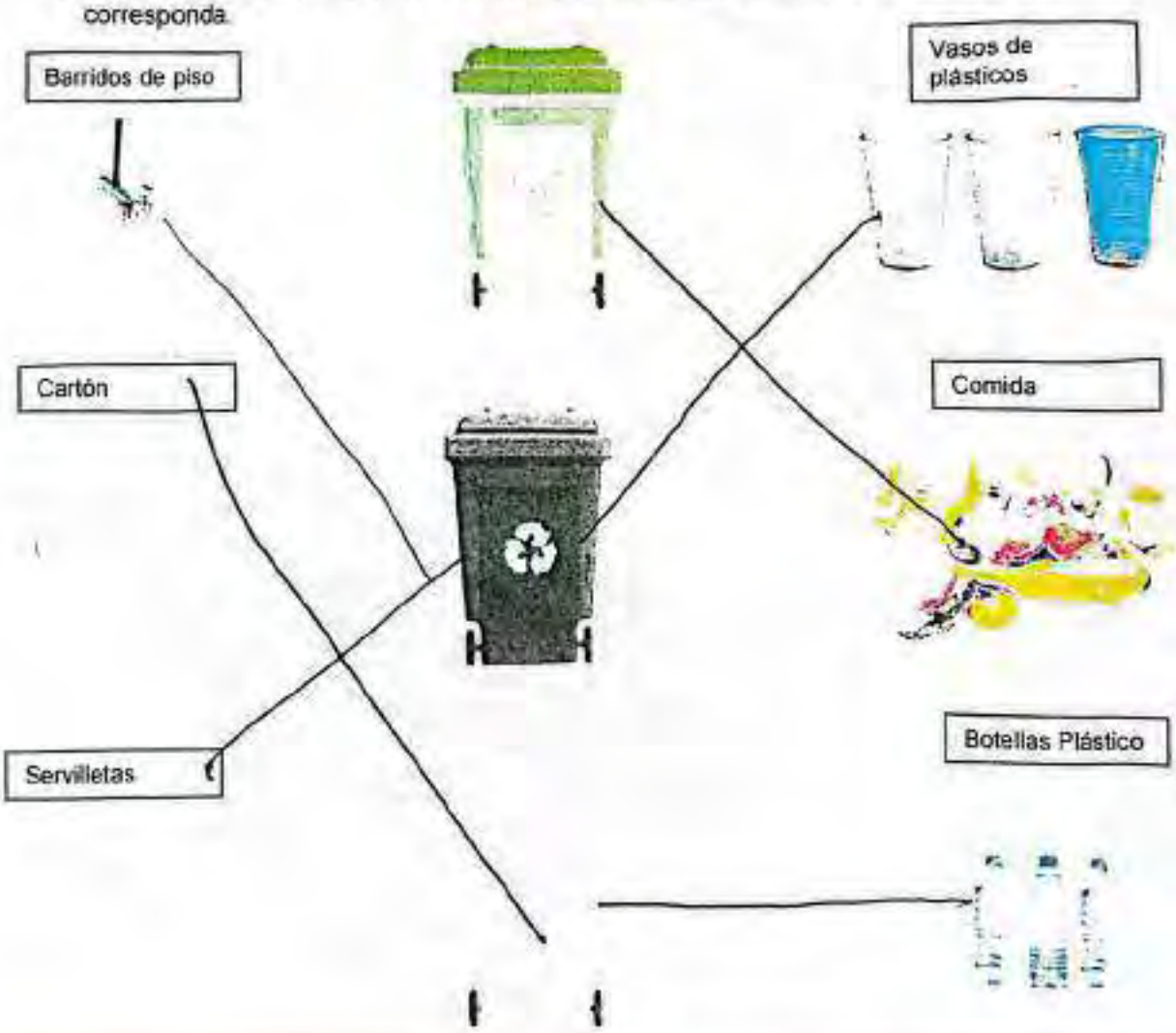
Prevenir lesiones enfermedades y accidentes de trabajo

Scanned with CamScanner

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

disminuir o eliminar los riesgos asociados al consumo de estas sustancias y promover la salud y el bienestar de los colaboradores

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Yacqueline Jimenez	CEDULA: 1042460178	FECHA: 02-07-23
ÁREA/SECCIÓN: Administrativa	CARGO: HSEQ	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.300.835-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-61** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía) estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precortaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes o incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	1042160183	**Cedula:**	1121602322
Nombre del trabajador:	Yoyeline Jimenez	**Nombre responsable inducción:**	Yoyeline Jimenez
Fecha:	02-07-25	**Fecha:**	02/07/25
Firma del trabajador:	Yoyeline Jimenez	**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Yoyerlinez.	Fecha 02-07-23	Cargo HSEQ	Nota 10

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no Aprovechable	organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

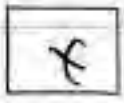
















Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios. así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios. así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Velar por la seguridad y salud estableciendo lineamientos para la implementacion, sostenibilidad y mejora continua.

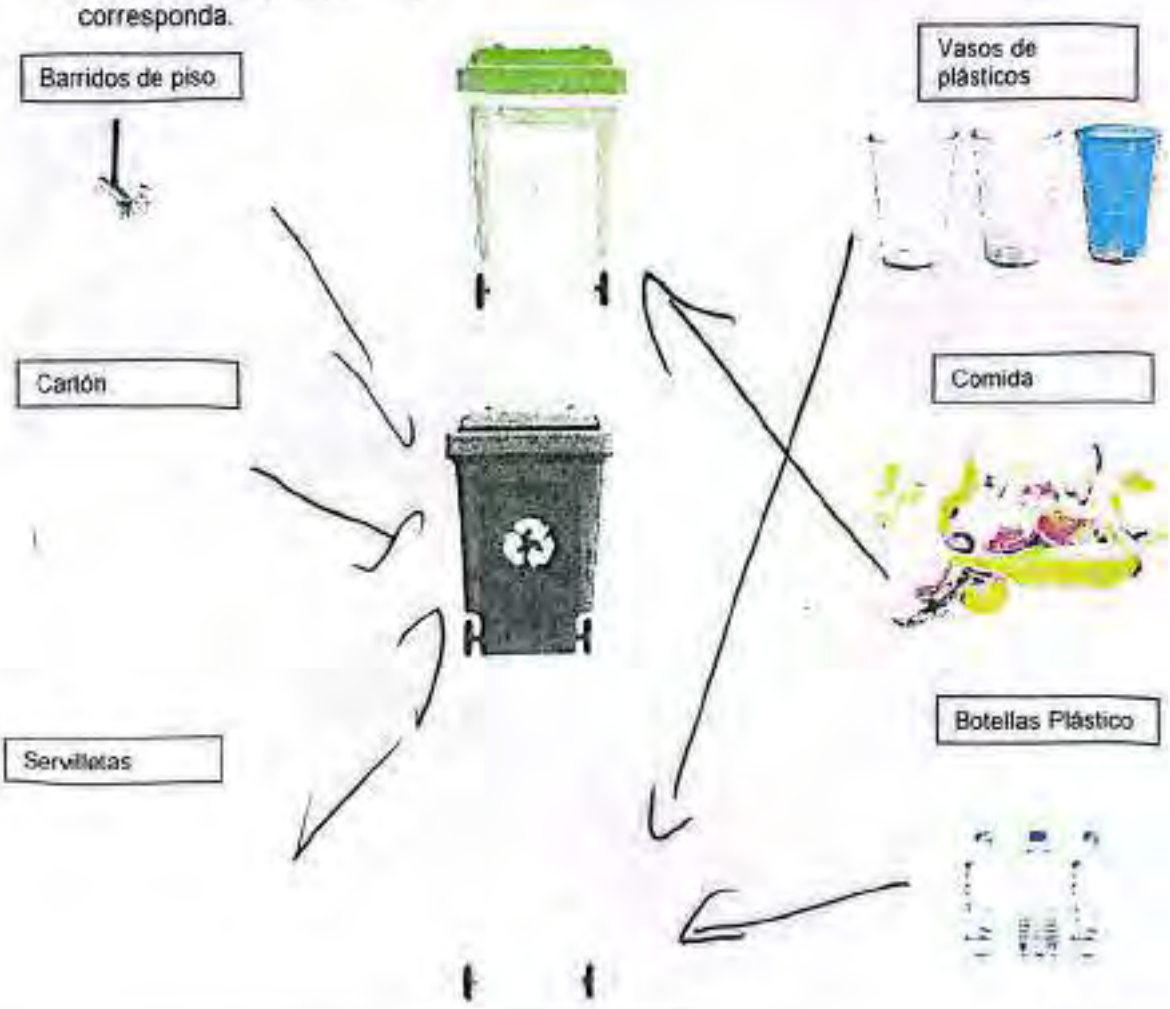
Scanned with CamScanner

KUSAY INGENIEROS E.I.R.L. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Minimizar los riesgos asociados con el consumo de estas sustancias en un entorno laboral.

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Alfonso Vergara	CEDULA: 7852356	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: operativo	CARGO: Maestro	20/07/25

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 900.709.855-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o thaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligenciar SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes; con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremotos, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica esté detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula:	8127	**Cedula:**	1042160176
Nombre del trabajador:	Alfonso Manuel	**Nombre responsable inducción:**	
Fecha:	23/07/25	**Fecha:**	23-07-25
Firma del trabajador:	Alfonso	**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Alfonso Vergara	Fecha: 23/7/25	Cargo: Maestro	Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
no aprovechable	organico	Aprovechable

3. Cuál es el significado de punto ecológico

a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.



O

O





X



Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

(a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

(b) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.

(b) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

VELAR POR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.

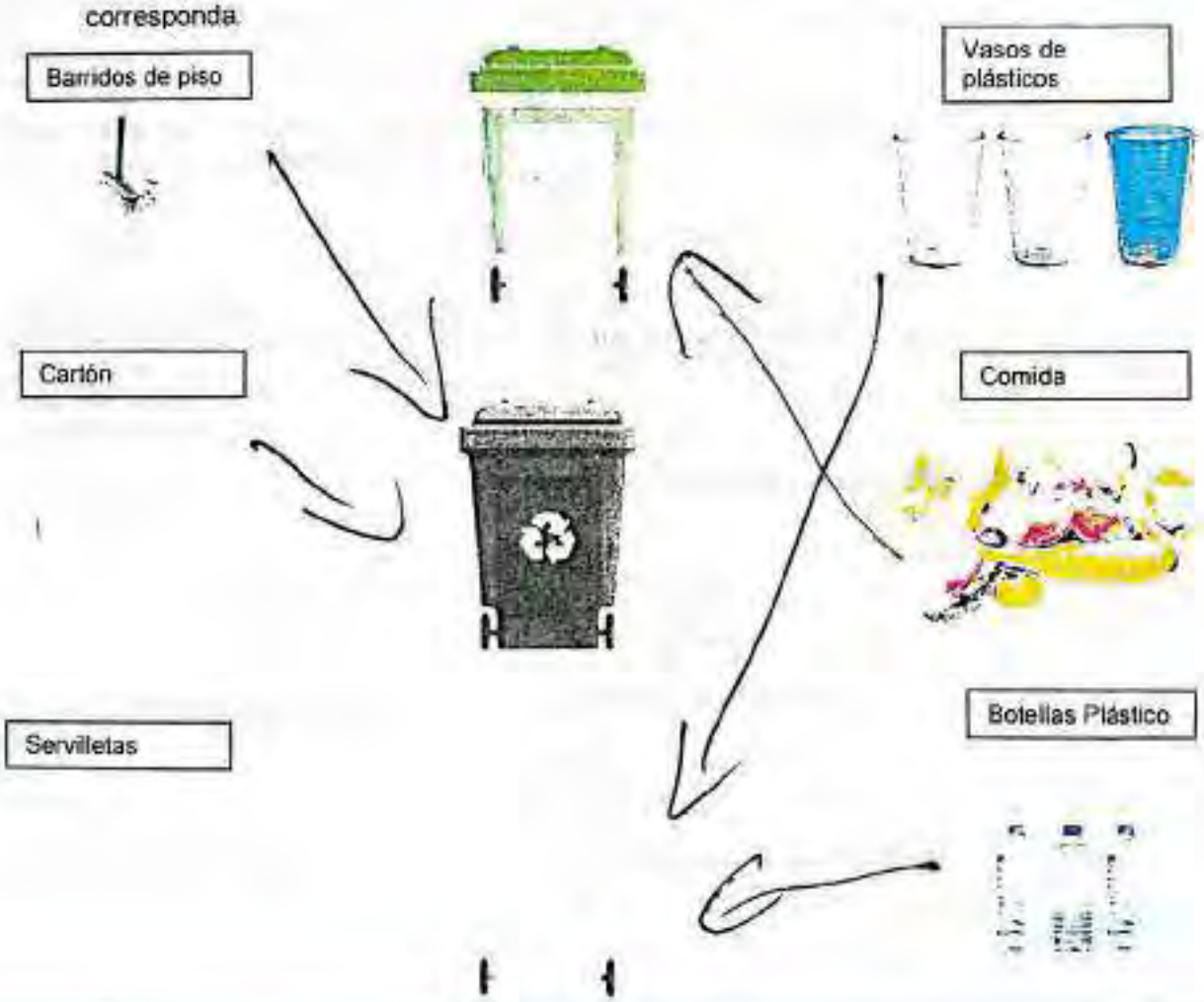
Scanned with CamScanner

KUBAY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.085-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la politica de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Tienes como objetivo la prebencion de consumo sico activa y prevencion de Enfermedades

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



ALFONSO
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Augusto García	CEDULA: 1002 V74678	FECHA: 30-07-2025
ÁREA/SECCIÓN: Operativo	CARGO: Ayudante	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie Si / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
✓	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	✗	**Mecánicos:** Elementos de maquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
✓	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	✗	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
✗	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	✓	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
✓	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estres laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerarquicas, convivencia laboral	✗	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
✗	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	✗	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
✗	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	✗	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
✗	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc	✗	**Trabajo en Alturas**
✓	**Espacios Confinados**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula: 1002 474 678	**Cedula:** 1042460102
Nombre del trabajador: Augusto Cotic	**Nombre responsable inducción:** Yeyulmy Jiménez
Fecha: 30-07-2025	**Fecha:** 30-07-25
Firma del trabajador: Augusto	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.895-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: [illegible]	Fecha: 30-07-2025	Cargo: [illegible]	Nota: [illegible]

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprov	orgnico	Aprov

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**















Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIt. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Política conformidad y accidente de trabajo
Velando Mucí Por la Salud del trabajador

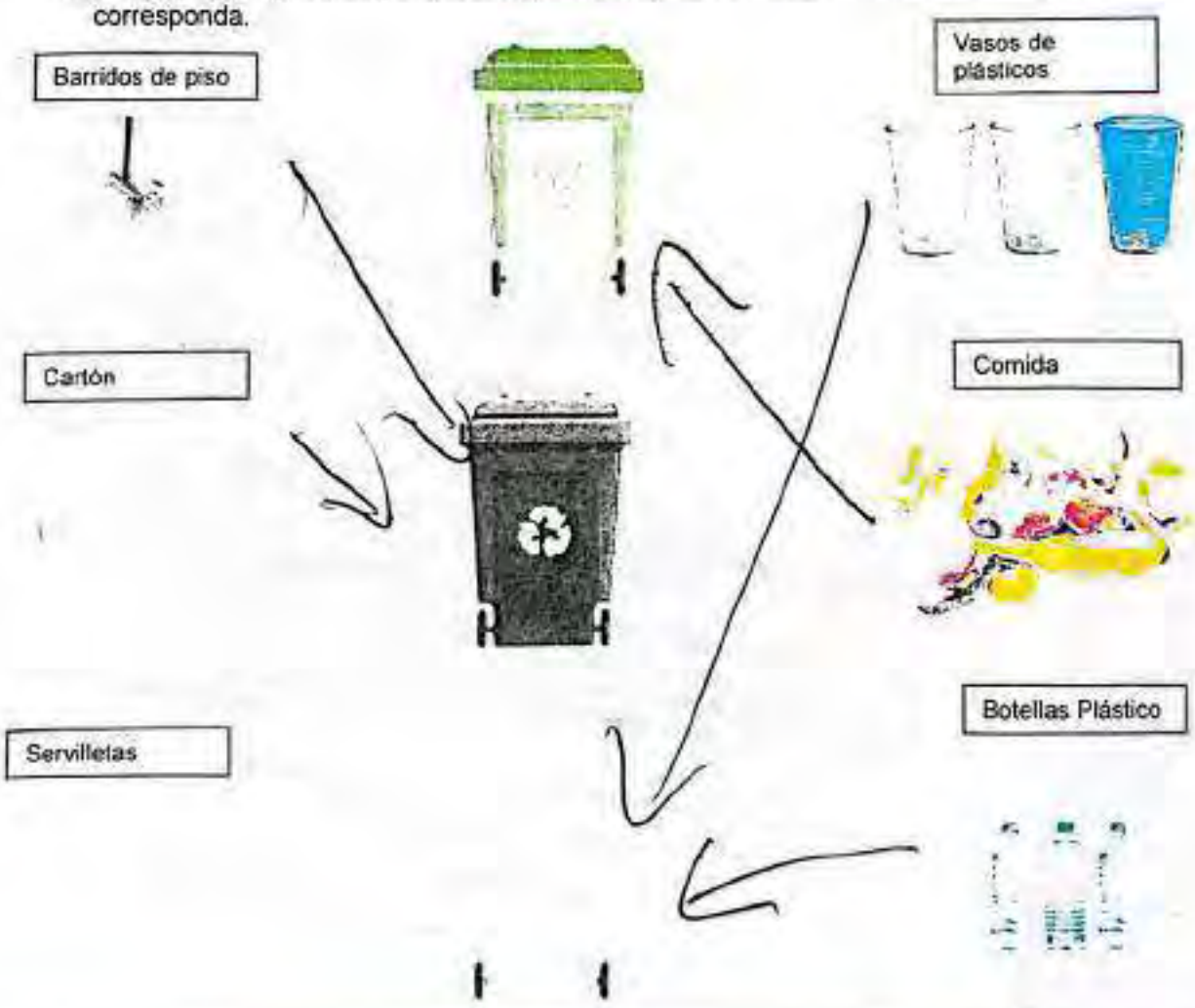
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.585-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prebagir es la Prebancion o de aquellos factores de riesgos asociados al consumo de las sustancia psicoactiva

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-61
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: David Argote	CEDULA: 1.7[illegible]42	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: Operativo	CARGO: Oficial	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.100.655-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligenciar Si / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones. (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, caídas de objeto.
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerarquías, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio		**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
	Públicos: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc	SI	**Trabajo en Alturas**
SI	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el Área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este cerrado.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Esté atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 9715500?	**Cedula:** 1014160180
Nombre del trabajador: DAVID Arqueta	**Nombre responsable inducción:** Yolpeline Jimenez
Fecha: 15 Julio 2025	**Fecha:** 15-07-25
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:** Yolpeline Jimenez

Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-7	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: David Arsuit	Fecha: 13-07-23	Cargo: Oficial	Nota: 100

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprobechable	organico	aprobechable

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - **a.** Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema.

prevenir lesiones enfermedad y accidente de trabajo

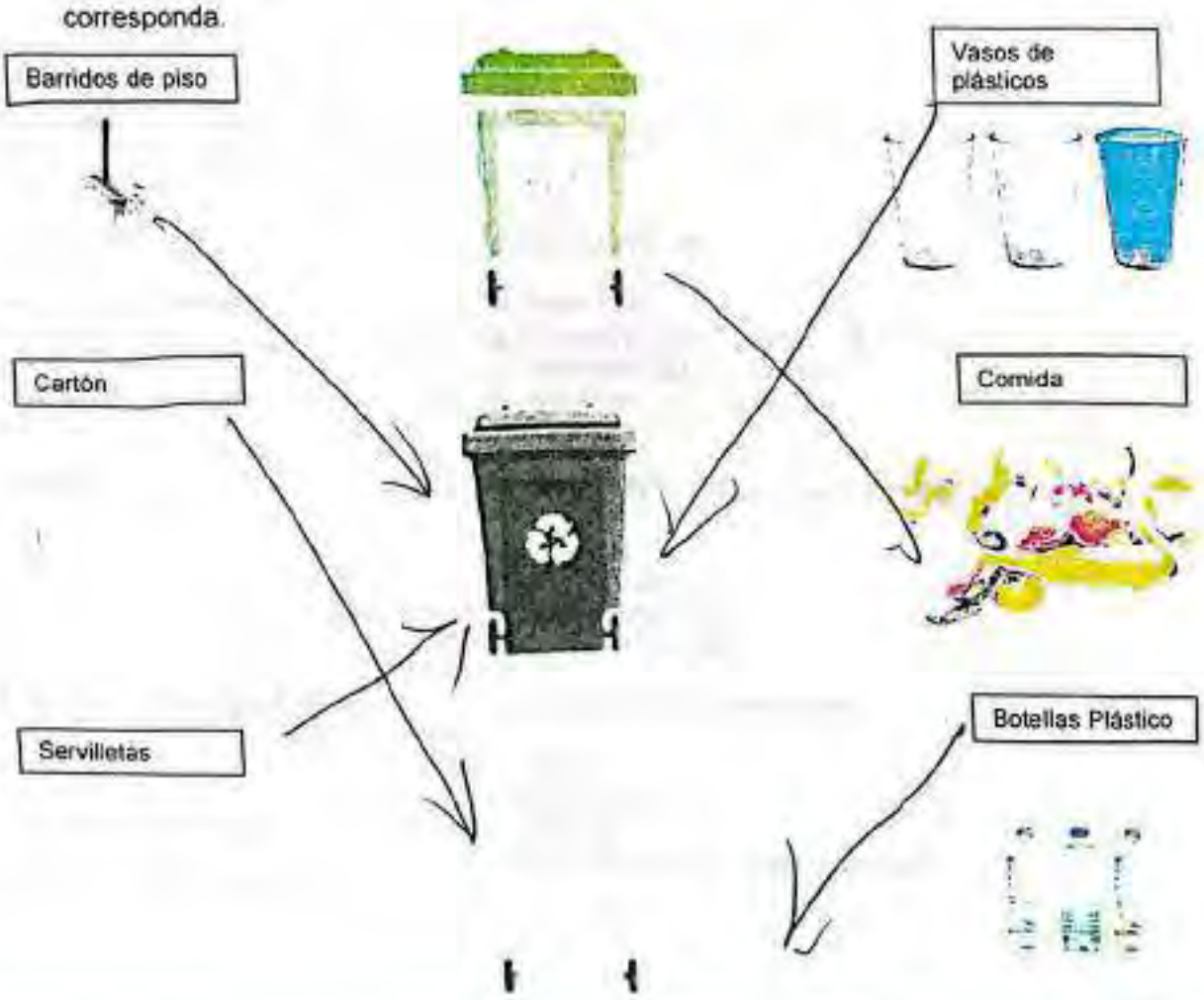
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la politica de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

perjudicial para la salud
disminuir o eliminar los Riesgo
asociados al consumo de estas sustancias

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

OR-30

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Edgar Hto Manosalva R.	CEDULA: 1.094447[illegible]	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: Administrativa	CARGO: Ing Residente	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas. esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas .
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.985-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parasitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencias del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Consenso de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1.144.776.569	**Cedula:** 1042160178
Nombre del trabajador: Edgar Mauricio	**Nombre responsable inducción:** Yaqueline Jimenez
Fecha: 15/07/2023	**Fecha:** 13/07/23
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

RIVERA RESIDUOS S.A.S. Nit. 901.209.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Edgar Omar	Fecha: 15/07/2025	Cargo: Ley Rivera	Nota

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
No aprovechables	Organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - **a.** Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



☒

☐





☒

☒



Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

según lo establecido en el trabajo

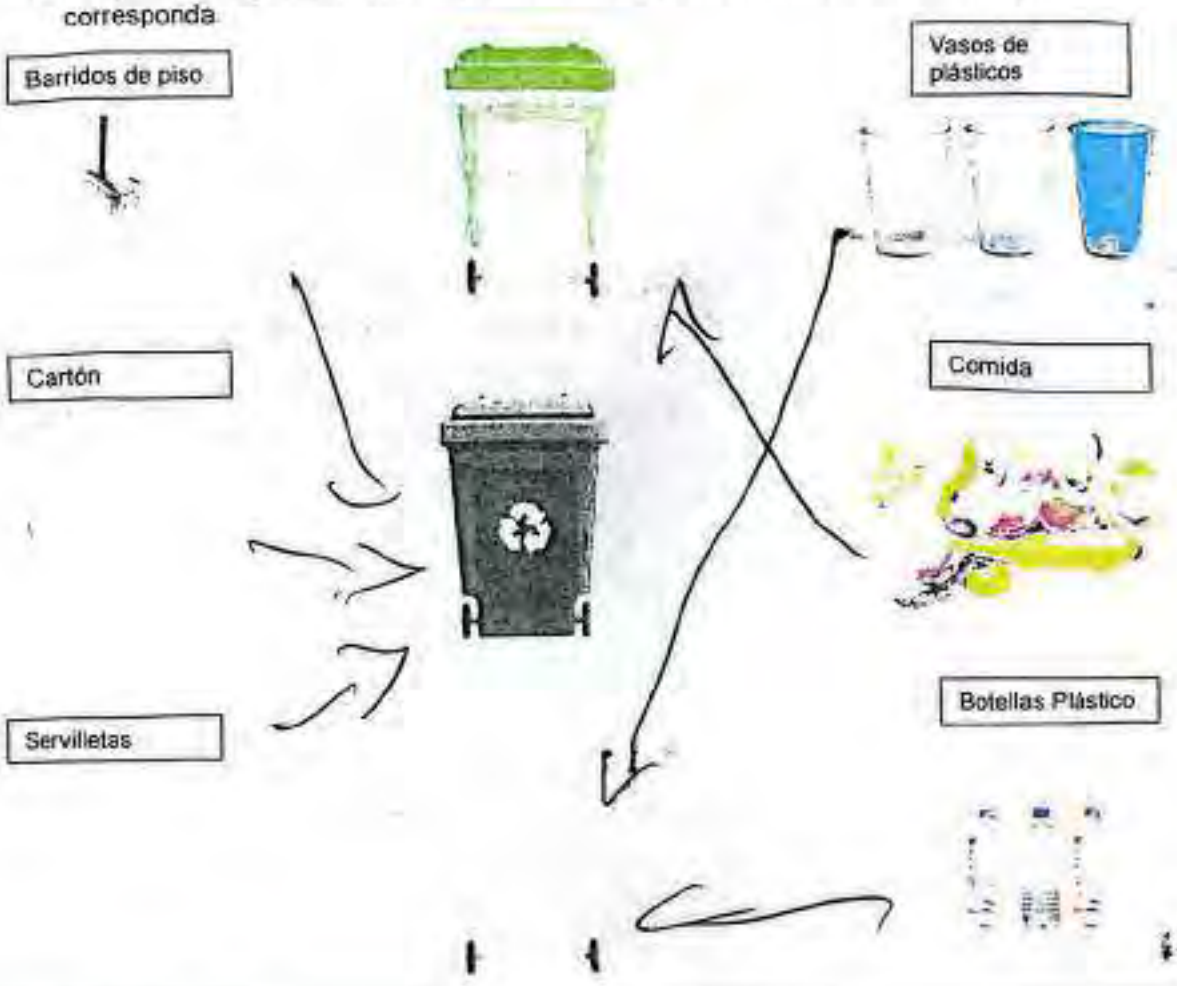
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir enfermedades asociadas al consumo de estas sustancias

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Efrain Ramirez	CEDULA: 1643686	FECHA: 13-06-2023
ÁREA/SECCIÓN: Operativa	CARGO: Ayudante	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador.
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.199.805-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Digite de SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	NO	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema muscolo esquelético, audiometria y espirometria
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este retenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	1764368	**Cedula:**	1012460180
Nombre del trabajador:	ERAZO RAUL	**Nombre responsable inducción:**	Yoseline Jimenez
Fecha:	15-07-25	**Fecha:**	15-07-25
Firma del trabajador		**Firma responsable socialización:**	Yoseline Jimenez

Scanned with CamScanner

INVERSY INVERSIONES S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: EFraiR	Fecha: 15-07-23	Cargo: Aprendiz	Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
Aprovechable	Organicos	Aprovechable

3. Cuál es el significado de punto ecológico

a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.



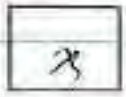














Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA, usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema.

Preve ni las Enfeme y Cient de trabajo

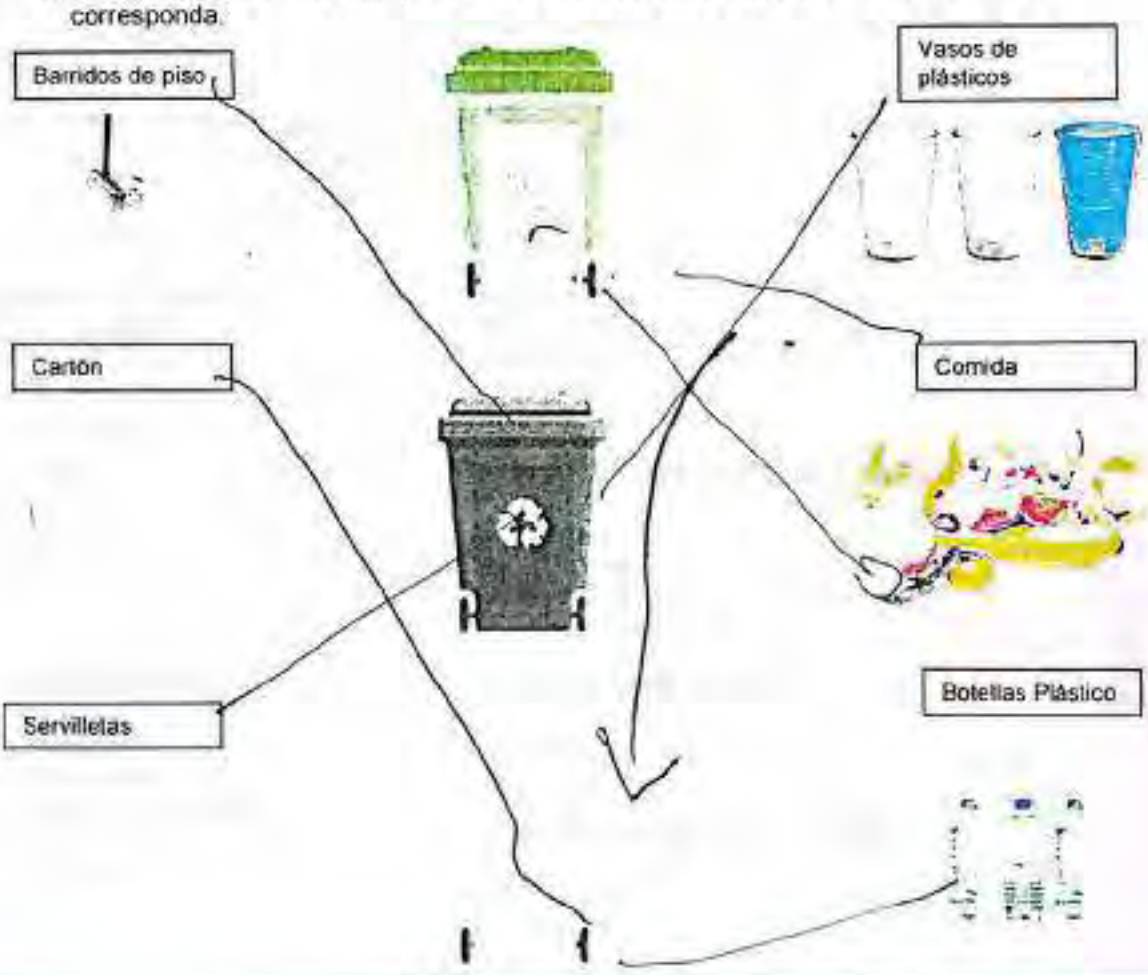
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

dis minuir ocima lotticos alcon de estacanta y prevenirla y vivenstar de los toxicos

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Elkin Ferney Quiroga Ramirez	**CEDULA:** 1098694789	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN: OBRA 9=VA	**CARGO:** AYUDANTE	07/25/2025

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.485-1	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de maquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales) Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esqueletico, audiometria y espirometria
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegurese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad fisica durante la labor (energia, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo dia de ocurrido el evento

Cedula:	1098694789	**Cedula:**	1011246012
Nombre del trabajador:	Elkin Feiney Guirao, R.	**Nombre responsable inducción:**	Yoyanna Jimenez
Fecha:	07/25/2025	**Fecha:**	25-07-25
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Elkin Quiroga	Fecha: 07/25/2025	Cargo: Auxiliante	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechables	organica	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



6

0





4



Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.555-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

PREVENIR ENFERMEDADES Y ACCIDENTES LABORALES

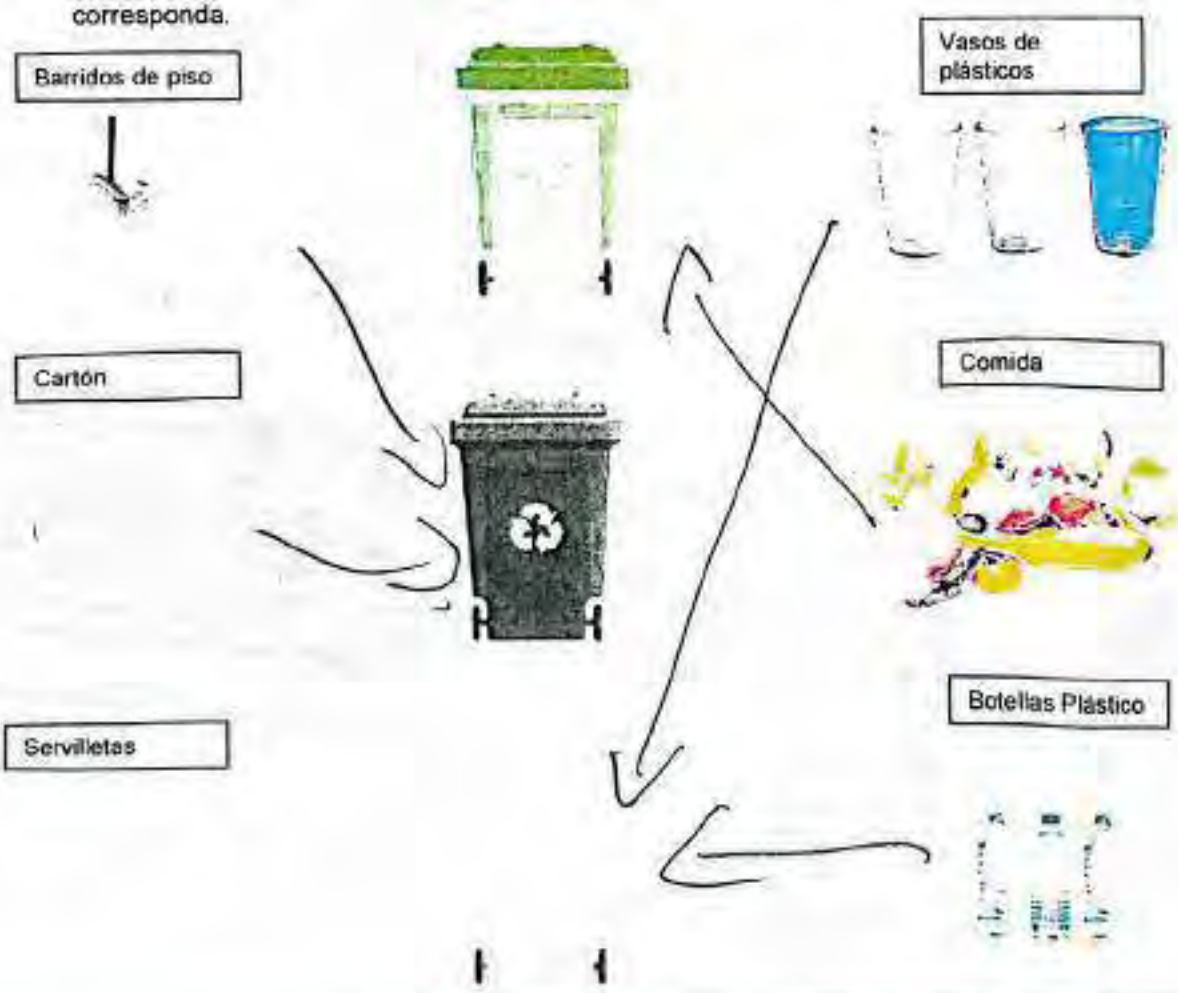
Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

No Consumir Sustancias Alusinogenas Para Prevencion o Reduccion de los Riesgos Asociados al Consumo de Dichas Sustancias

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Elkin Ferney Quiroga R.
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Jaider Jaramillo	CEDULA: 1007179769	FECHA: 25 Julio 2025
ÁREA/SECCIÓN: Operativo	CARGO: Auxiliar	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorganicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901 100 695-7	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en alturas, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones. (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control.
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos.	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto.
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruce las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	NO	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.		**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica esta detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Esté atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, obíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1007119769	**Cedula:** 1042160138
Nombre del trabajador: Jaider Sandoval	**Nombre responsable inducción:** Yaqueline Jimenez
Fecha: 25 Julio 2025	**Fecha:** 25-07-25
Firma del trabajador: Jaider Sandoval	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

NIVEL Y INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Jaider Sandoval	Fecha: 25 Julio 2025	Cargo: Auxiliar	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - X Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - 9 Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
reciclable	No reciclable	Aprovechables.

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos.
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**










Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

- Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

- a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
- Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
- c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debe seguir en caso de accidente de trabajo?**

- a. Conservar la calma.
- Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
- c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
- d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema

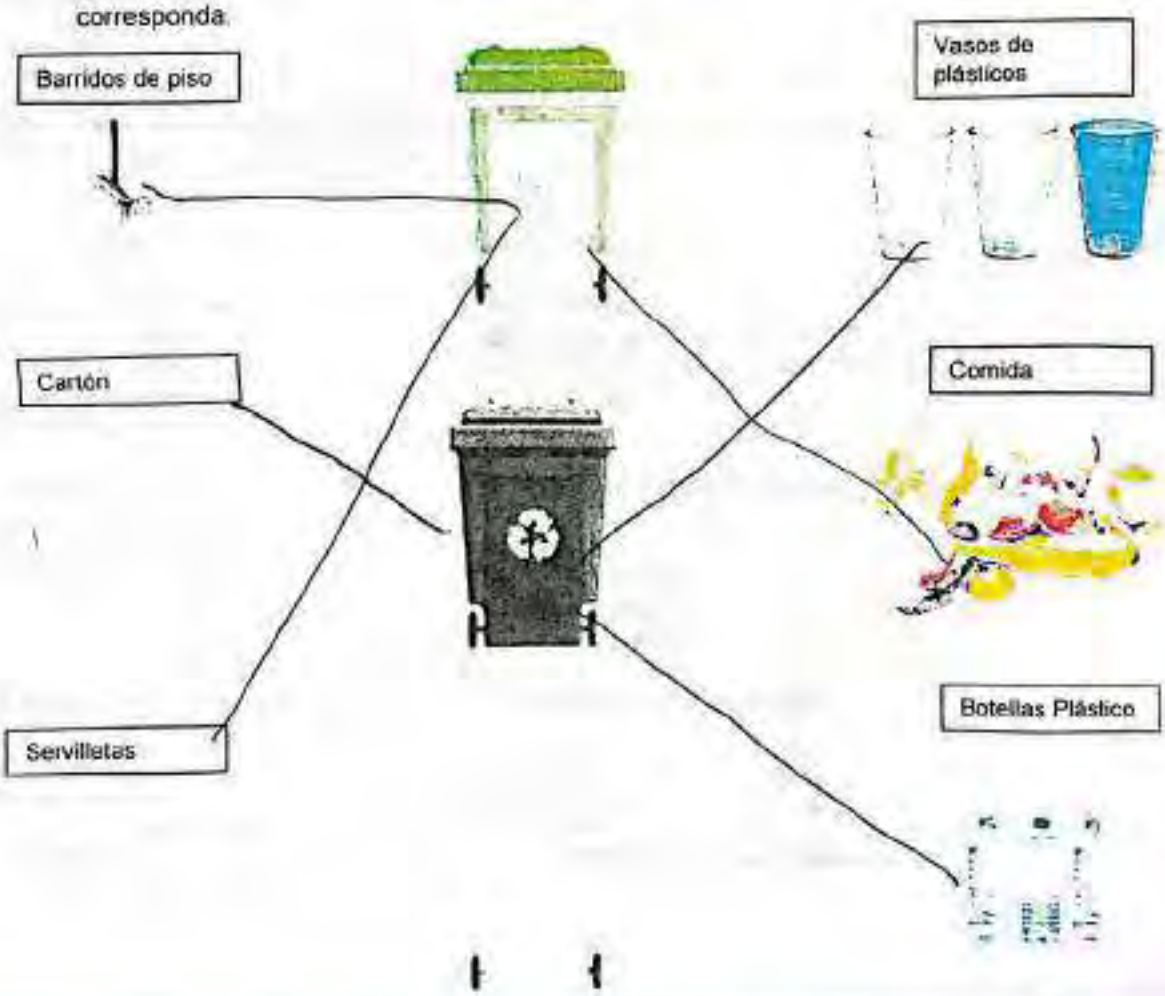
8 compromiso de la política es Velar por la seguridad y salud de los empleados prevenir enfermedades y accidentes laborales

HSE-FOR
ERSIÓN 1
ECHA DE
CIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

No consumir sustancias psicoactivas para los riesgos asociado al consumo de dicha sustancia

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Joider Sudarez
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Yoferber Martinez Duran	CEDULA: 1002471460	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: OPERATIVO	CARGO: Ayudante	30-07-2025
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)
3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 902.109.485-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
X	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	X	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
X	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	X	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
X	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	X	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
X	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerarquías, convivencia laboral.	X	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
X	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanches, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	X	**Biomecánicos**: Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
X	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	X	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
X	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, alteridos, desorden público, etc.	X	**Trabajo en Alturas**
X	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con enfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS***.
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra ni en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula: 1002774004	**Cedula:** 1042460173
Nombre del trabajador: Yeferson Martinez Soto	**Nombre responsable inducción:** Yoyceline Jimenez
Fecha: 30-07-2025	**Fecha:** 30-07-25
Firma del trabajador: Yeferson	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

NUEVO OBSERVATIONS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre:	Fecha: 30-07-2025	Cargo: Ayudante	Nota: 100

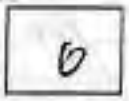
1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

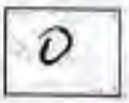
		
a. aprovechables	b. organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

5. Que es el comité de convivencia laboral

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación

6. Que es el COPASST

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

a. Conservar la calma
b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria
c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la politica integrada del sistema

Politica calidad y seguridad y salud en el trabajo velando hasi por la salud del trabajador

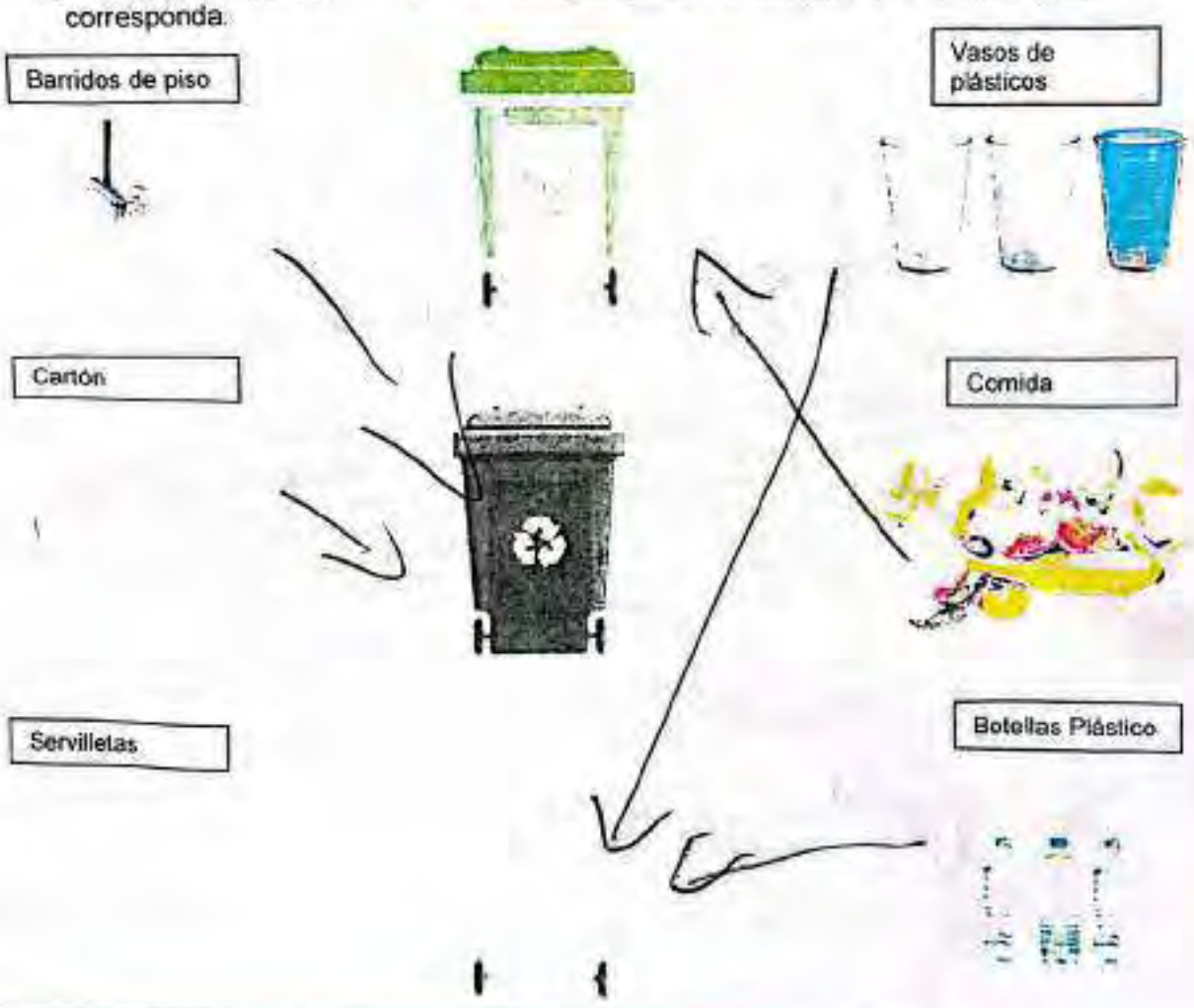
Scanned with CamScanner

KUBAY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir en los trabajadores la aparición de todos factores de riesgo asociados al consumo de las sustancias psicoactivas

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Joaquin cervantes. A.	CEDULA: 2572588	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: Operativa	CARGO: Ayudante	6.7.25

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901 109 851-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-61** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie S / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
Si	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	Si	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
No	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	Si	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
No	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	Si	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
NO	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	Si	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
Si	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	Si	**Biomecánicos**: Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
NO	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	Si*	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
NO	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	xSi	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esqueletico, audiometria y espirometria
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: • 8572 588	**Cedula:** 1042460182
Nombre del trabajador: • Joaquin cervantes	**Nombre responsable inducción:** Yeferson Jimenez
Fecha: • 6. 7. 25	**Fecha:** 06/08/25
Firma del trabajador: • Joaquin	**Firma responsable socialización:** Yeferson Jimenez

Scanned with CamScanner

RILEY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Joaquin cerm.	Fecha: 6.7.25.	Cargo: Ayudante	Nota 100

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

(a) Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos

		
No Aprobechable.	organico.	Aprobechable

3. Cuál es el significado de punto ecológico

(a) Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras.

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.



O

O





X

X



Scanned with CamScanner

5. Que es el comité de convivencia laboral

(a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
(b) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como ccoperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

a. Conservar la calma.
(b) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Prevenir enfermedades y accidentes de trabajo velando asi por la salud del trabajador

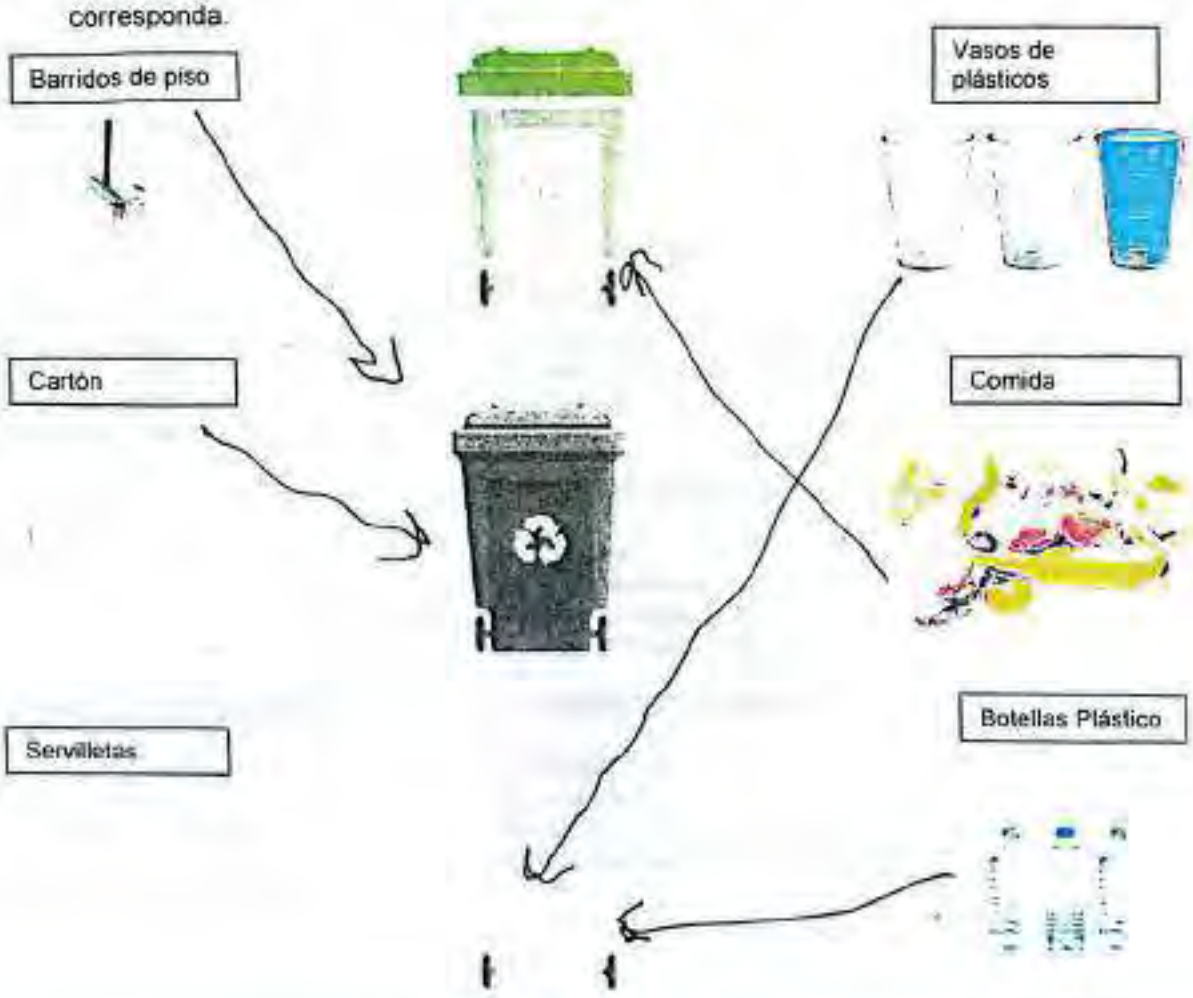
Scanned with CamScanner

KUAY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir en la generacion o. ixiTacion de todos aquellos factore de riesgo asociados al consumo de los sustancias psico. activas

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



- Joaquin cervante

FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	**CÓDIGO HSE- FOR-81**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: * Lofel Andres Jaramillo	**CEDULA:** * 1018273191	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN:	**CARGO:** * Ayudante	* 05/08/2023
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109.535-7	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerarquías, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, tsnamois, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1042743184	**Cedula:** 1042460188
Nombre del trabajador: Jose Glen	**Nombre responsable inducción:** Stephanie Jimenez
Fecha: 05-06-25	**Fecha:** 05/06/25
Firma del trabajador: glen.	**Firma responsable socialización:** Stephanie Jimenez

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: • JOEL	Fecha: • 05-08-2023	Cargo: • Ayudante.	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - (a) Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechable/Hoke	organico	Aprovechable.

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - (a) Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



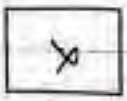














Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.
b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA, usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Prevenir Enfermedades y accidentes de trabajo velando asi por la Salud del trabajo

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir es la prevención o mitigación de todo aquellos factores de los sustancias psicoactivas

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: JOHN EDWING RAMIREZ	CEDULA: 1102719047	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: OPERATIVA	CARGO: MAESTRO	25-JUNIO-2019

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901179185-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control.
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parasitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos.	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio.	SI	**Comportamentales:** incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS***.
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquelas en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	1102179047	**Cedula:**	1042460127
Nombre del trabajador:	JOHN RAMIREZ	**Nombre responsable inducción:**	
Fecha:	25 - JULIO 2023	**Fecha:**	25-07-23
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

RUIZ Y INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: JOHN RAMIREZ	Fecha: 25 - JULIO - 25	Cargo: MAESTRO	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
NO aprovechables	organicos	Aprovechable

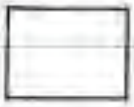
3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un círculo los actos inseguros.**








Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

VELAR POR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

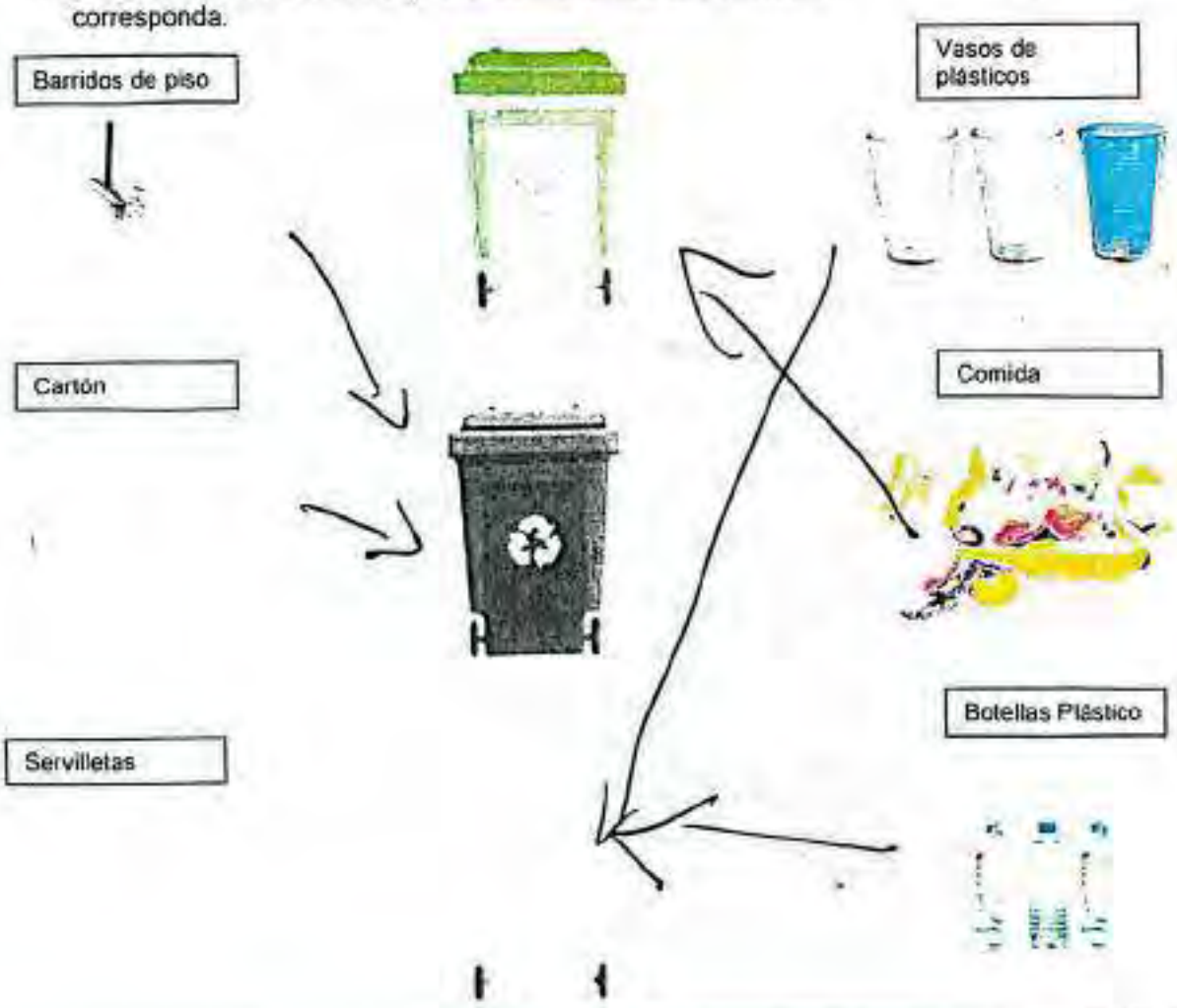
Scanned with CamScanner

KUKAY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

NO CONSUMIR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA LA PREVENCION Y REDUCCION DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DICHAS SUSTANCIAS

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Jorge Ulloa Cely	CEDULA: 8.181.174	FECHA: 27 de julio 2021
ÁREA/SECCIÓN: Operativa.	CARGO: Conductor	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.693-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 06/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto; las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
NO	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordeduras, fluidos o excrementos.	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel, condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esqueletico, audiometria y espirometria
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este alerto a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	8570277	**Cedula:**	1011246018
Nombre del trabajador:	[illegible]	**Nombre responsable inducción:**	[illegible]
Fecha:	23-07-23	**Fecha:**	23-07-23
Firma del trabajador:	[signature]	**Firma responsable socialización:**	[signature]

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre:	Fecha:	Cargo:	Nota:
[illegible]	23 de feb 2018	[illegible]	

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**

X **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
Residuos peligrosos	Residuo aprovechable	Aprovechables.

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**

a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

X **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.100.886-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÒDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÒN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

X **a.** Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

(b) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.

X **b.** Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema

VELAR POR LA SEGURIDAD Y SALUD

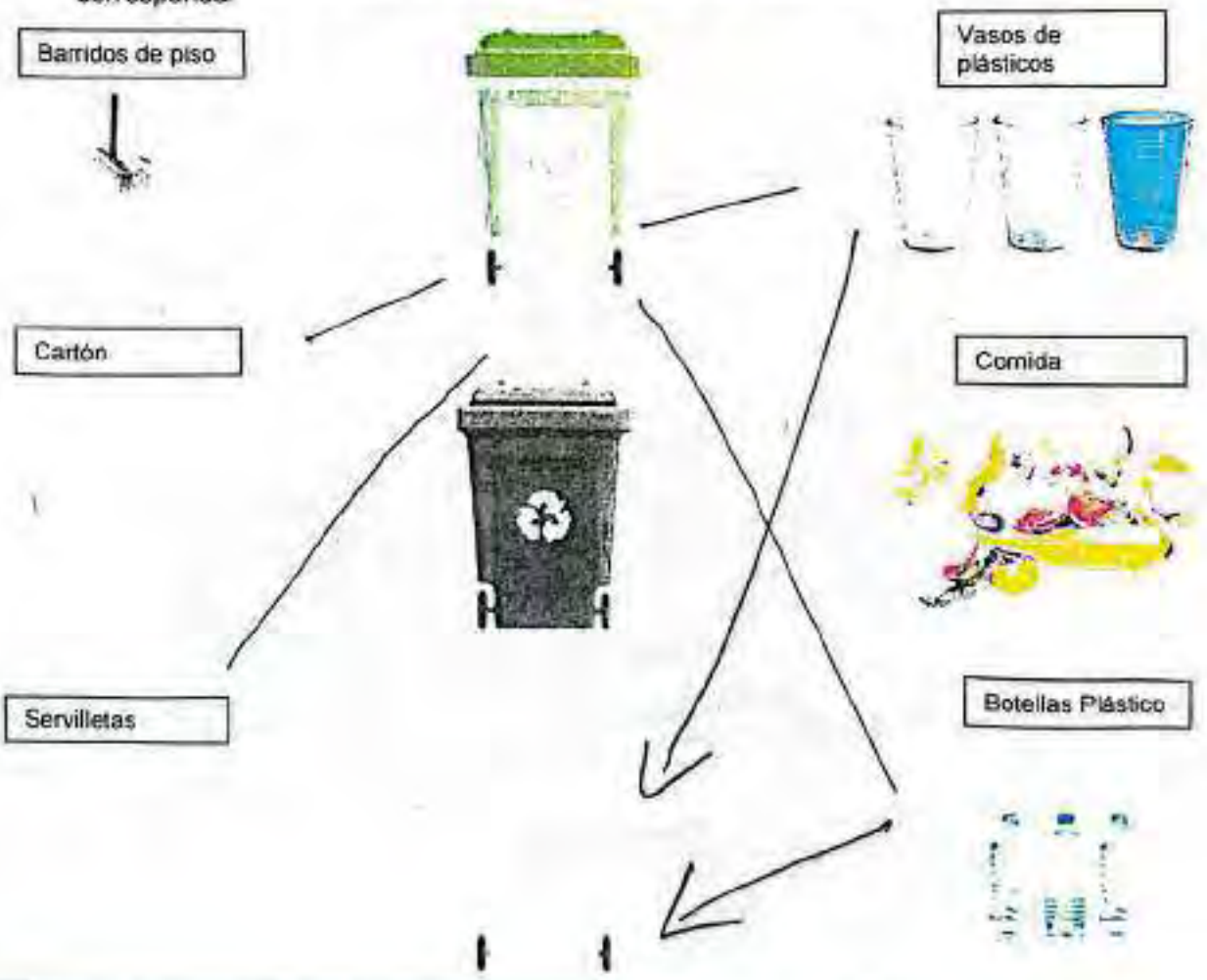
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

El objetivo es la prevención y rechazo oportuno al consumo de estas sustancias alucinogenas

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Jorge Luis Sandoval	CEDULA: 1234888910	FECHA: 25 julio 2025
ÁREA/SECCIÓN: operativa	CARGO: Auxiliar	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores dianas
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPP'S y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
Si	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	Si	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
Si	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	Si	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
Si	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	Si	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, sin diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
Si	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	Si	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
Si	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	No	**Biomecánicos**: Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
Si	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	Si	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
Si	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	Si	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periodico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometria y espirometria.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS***.
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo dia de ocurrido el evento.

Cedula:	1234888910	**Cedula:**	1042460128
Nombre del trabajador:	Jorge Sandoval	**Nombre responsable inducción:**	Yaqueline Jaramillo
Fecha:	23 de Enero	**Fecha:**	23-01-23
Firma del trabajador:	Jorge Sandoval	**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

INVERSIONES S.A.C.	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Jorge Sandoval	Fecha: 25 julio	Cargo: Auxiliar	Nota: 100

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - X **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
reciclable	no reciclable	

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - X **a.** Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

5. Que es el comité de convivencia laboral

X a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

X b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

a. Conservar la calma.

X b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

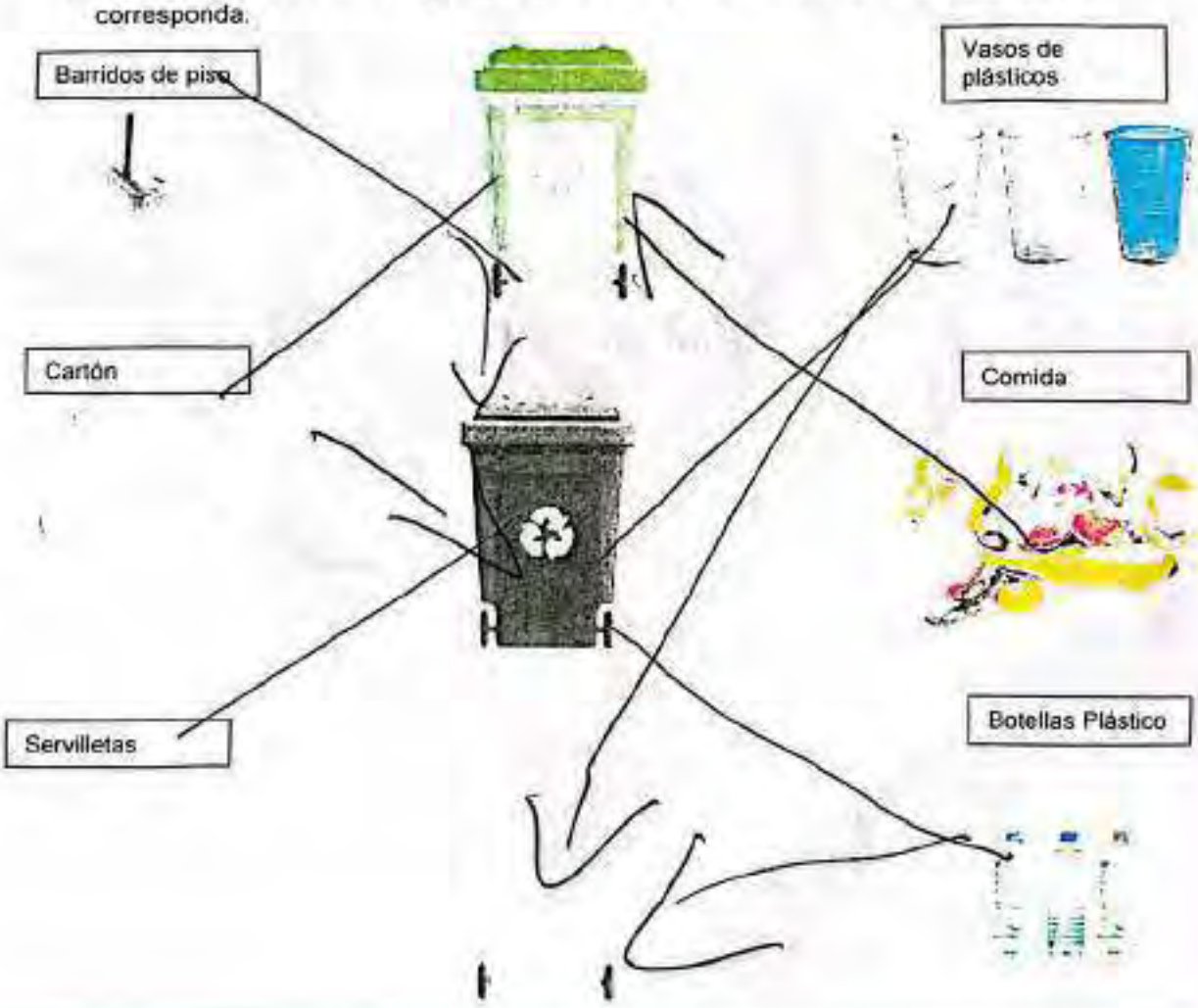
El Compromiso de la política es velar por la seguridad en los empleados prevenindo emprendedes y accidentes laborales

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.085-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

no consumir sustancias psicoactivas para los riesgos asociados al consumo de dichas sustancias

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Jorge Sandoval
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: JORGE Luis Sandoval	**CEDULA:** 85064[illegible]	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN: operativa	**CARGO:** Oficial	26 #24
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901 109.895-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-61** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos**: Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad: actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes o incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advienen riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula:	8506664	**Cedula:**	1011246078
Nombre del trabajador:	Jorge Luis S.	**Nombre responsable inducción:**	Yeyde Jimenez
Fecha:	26-07-23	**Fecha:**	26-07-23
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización**	

Scanned with CamScanner

RUIZ INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.107.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Jorge	Fecha: 26	Cargo: oficial	Nota: 90

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   (a) Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**



no aprovechables



organica



Aprovechable

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   (a) Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

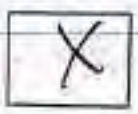
















Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.
b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

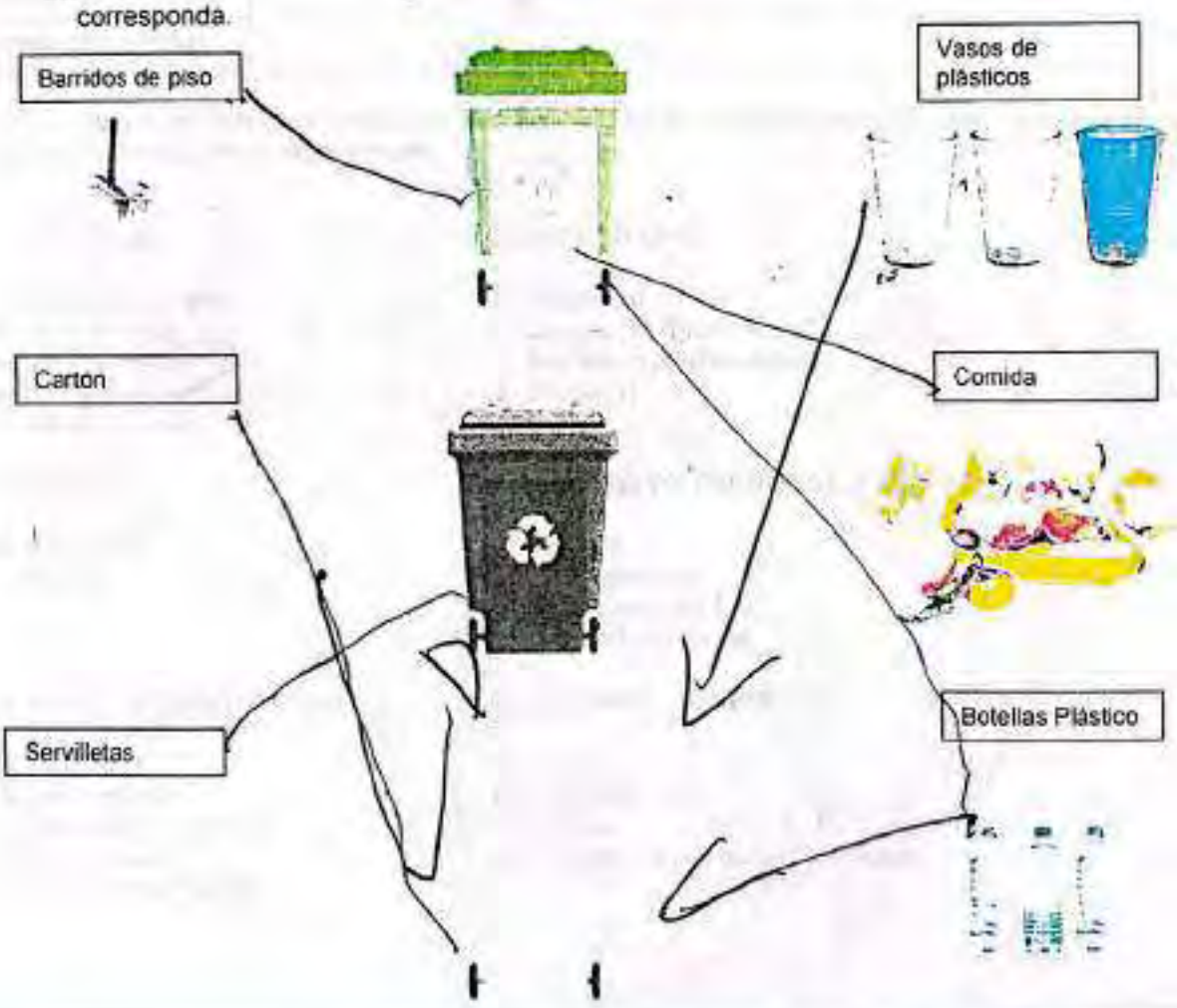
Pausas Activas Laboral

Scanned with CamScanner

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Objetivo de Licion de Inhibido No tomar

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.585-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: Dorado Guerrero G.	**CEDULA:** 1136[illegible]	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN: Operativa	**CARGO:** Ayudante	15-01-2019

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT: 901.109.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control.
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción.
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales) Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Publicos:** Robos, atracos, asaltos, alterados, desorden publico, etc	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra ni en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula:	1123475385 AS Guerrero G.	**Cedula:**	1042160188
Nombre del trabajador:	Rosmiro Guerrero G.	**Nombre responsable inducción:**	Yoselin Jimenez
Fecha:	15-07-2023	**Fecha:**	15-07-23
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

INGENIERIA S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre: Jeremy G.	Fecha: 15-09-25	Cargo: Auxiliar	Nota: 10

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - **a.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechables	organicos	aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - **a.** Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema.

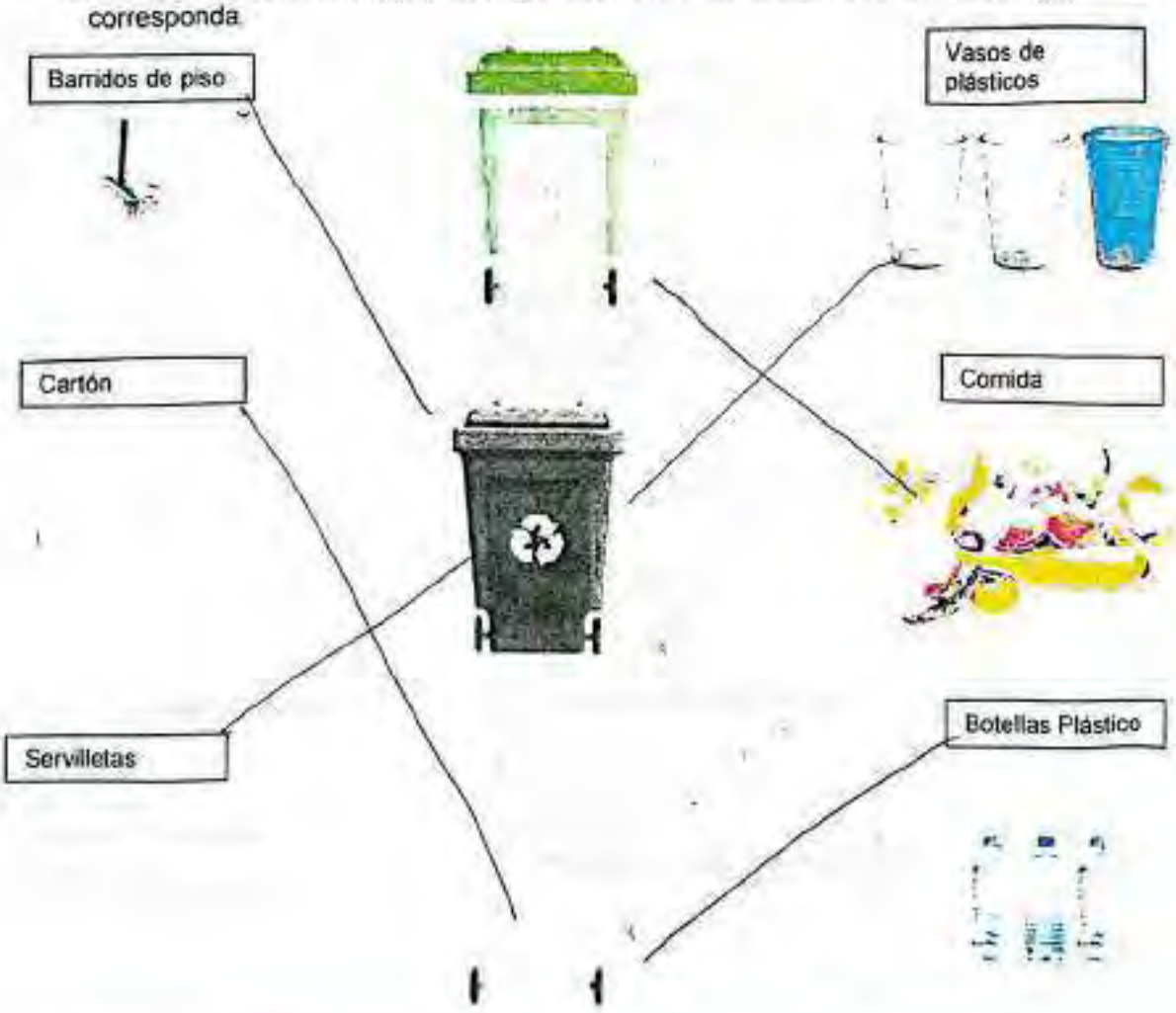
Aubonar Lesiones enfermedades y accidentes de trabajo

Scanned with CamScanner

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Disminuir o eliminar los riesgos asociados al consumo de estas sustancias y promover la salud y bienestar de los trabajadores.

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



Lorena G.
FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Jose Luis Ramos G.	CEDULA: 85242184	FECHA: 07-30/18
ÁREA/SECCIÓN: OPERATIVA	CARGO: Ayudante	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)
3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 855 7	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho ó de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado.	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estres laboral, cansancio físico. Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral.	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados.		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Esté atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula:	85442184	**Cedula:**	1042160188
Nombre del trabajador:	José Luis Ramos	**Nombre responsable inducción:**	Yolanda Lopez
Fecha:	07-30-125	**Fecha:**	30-07-25
Firma del trabajador:		**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Jose Ramos	Fecha: 07-30/25	Cargo: estudiante	Nota:

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.

2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechables	organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



[6]

[O]





[X]

[ ]



Scanned with CamScanner

5. Que es el comité de convivencia laboral

a) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. Que es el COPASST

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
b) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?

a. Conservar la calma.
b) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria
c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema

Prevenir accidentes y enfermedad del trabajador velando asi por la salud del trabajador

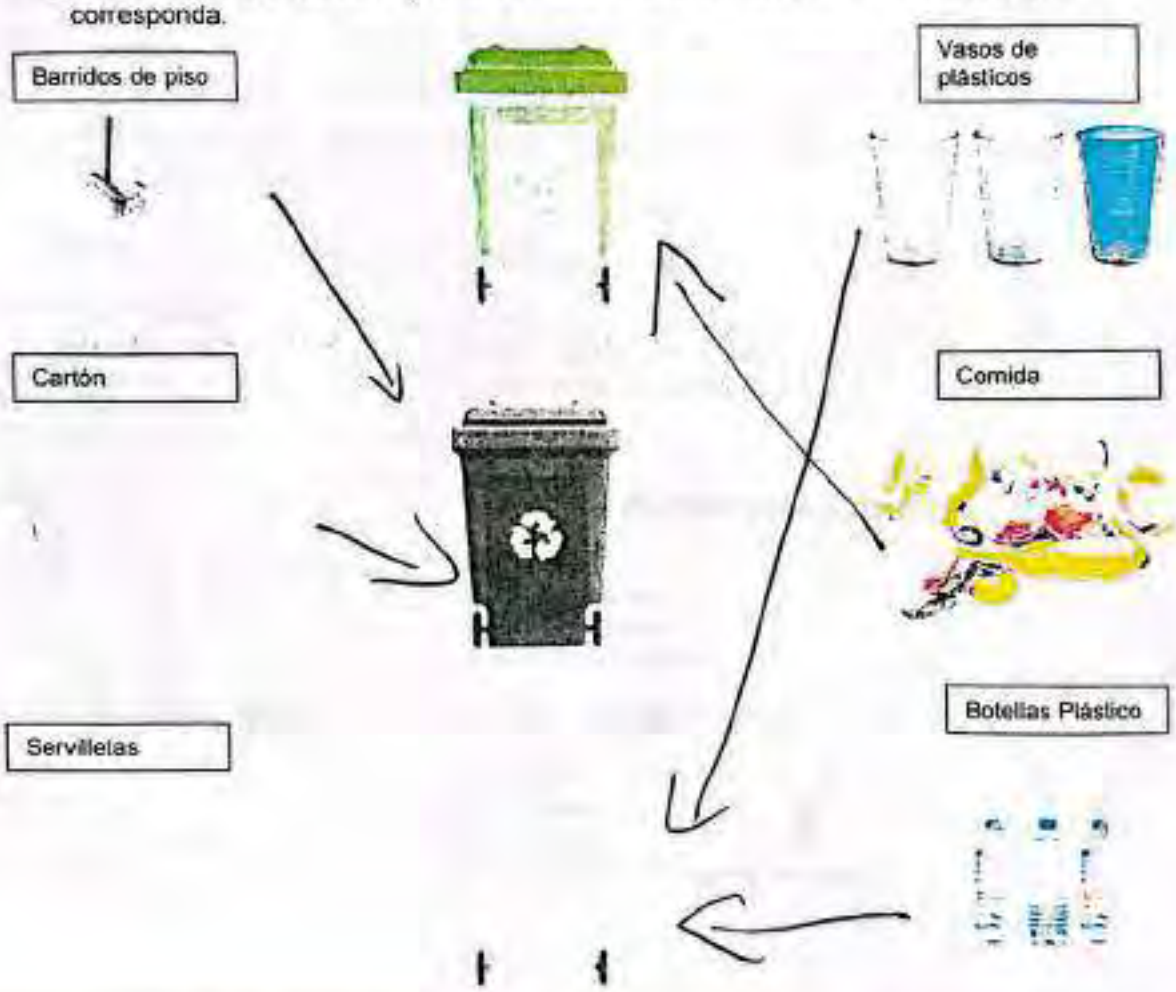
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Prevenir o mitigar todos aquellos factores de riesgo al consumo de sustancia psicoactiva

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Juan carlos camargo	CEDULA: 1129511942	FECHA:
AREA/SECCIÓN: Operativa	CARGO:	23 Junio 2025
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias.
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligenciar SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
NO	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	NO	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
SI	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o extremeros	NO	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto
SI	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, carnaval físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	NO	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
NO	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos**: Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
NO	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
NO	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados**	NO	**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del *WRUSSY INGENIEROS SAS*.
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes.
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este retenido.
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra.
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias.
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes.
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad.
10. Asegúrese de no rayar ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente.
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a usar antes de iniciar sus actividades.
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1129541442	**Cedula:** 1014260188
Nombre del trabajador: Juan Carlos Camargo	**Nombre responsable inducción:** Yoyulan Jimenez
Fecha: 23 Junio 2025	**Fecha:** 23 Junio 2025
Firma del trabajador: Juan Carlos	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	**CÓDIGO HSE-FOR-88**
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

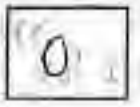
Nombre: Juan Carlos	Fecha: 23-2025	Cargo: Aprendiz	Nota: 0/0

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
no aprovechables	organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**








Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

VELAR POR LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES

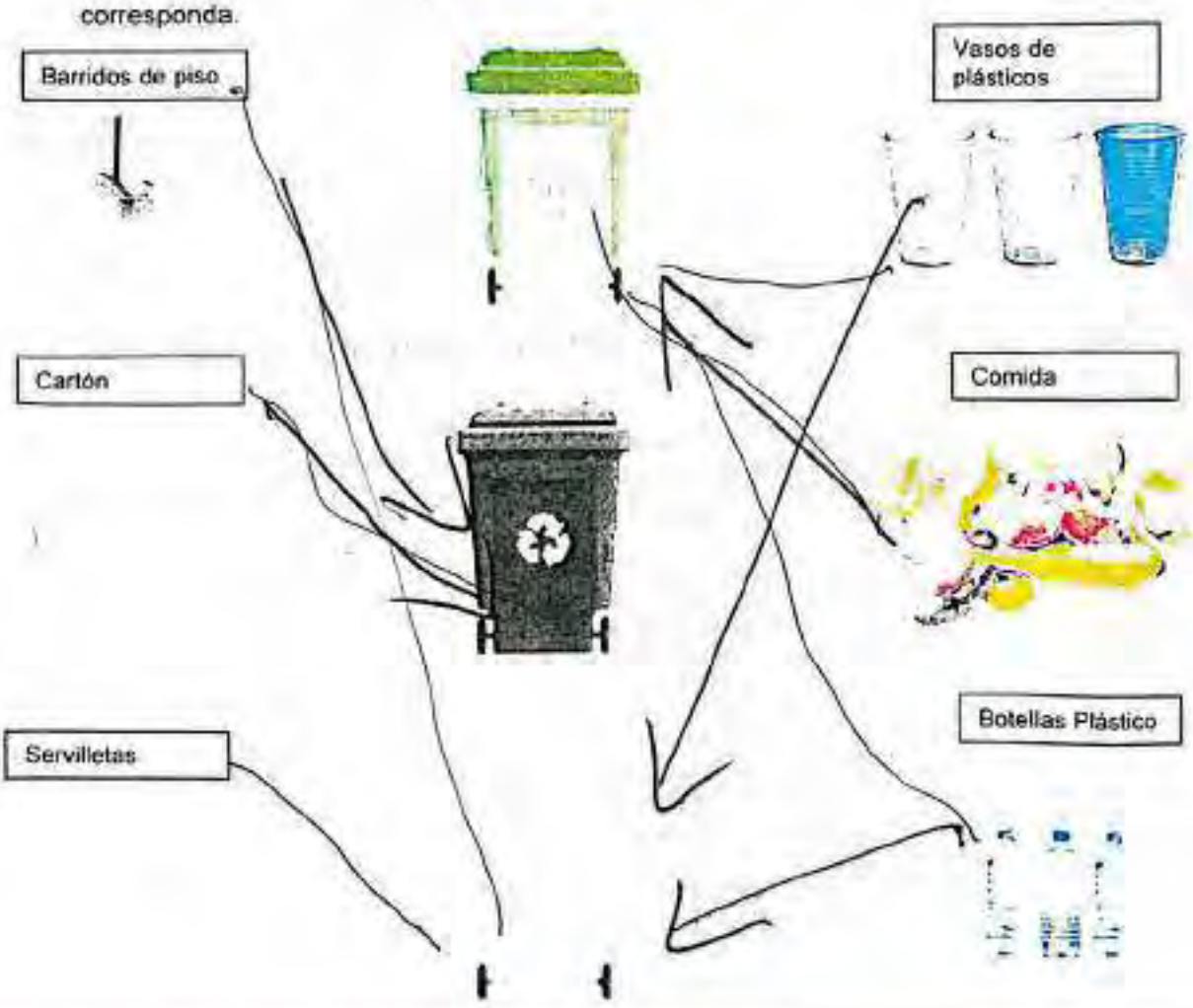
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Objetivo que en la Pex exe
Asegurar consumo al cero

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Joan carlos

FIRMA

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL

NOMBRE: Juan Perez	**CEDULA:** 852224	**FECHA:** 15-2-2025
ÁREA/SECCIÓN: Sura	**CARGO:** Ayudante	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos.
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901 109.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados	SI	**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Esté atento a las señales sónicas que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.).
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula:	85722274	**Cedula**	1042460138
Nombre del trabajador:	Juan perez	**Nombre responsable inducción:**	[signature]
Fecha:	15-07-2025	**Fecha:**	15-07-2025
Firma del trabajador:	[signature]	**Firma responsable socialización:**	[signature]

Scanned with CamScanner

KUPAY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.685-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre:	Fecha: 15-07-2025	Cargo: Ayudante	Nota:

1. ¿Qué es un accidente de Trabajo?

a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público

c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.

d. Todas las anteriores.

2. Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos



No Aprobechable



organico



aprobechable

3. Cuál es el significado de punto ecológico

a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.

b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos

c. es un sitio de recolección de basuras

4. Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.









Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Prevenir lesiones enfermedades accidentes de trabajo

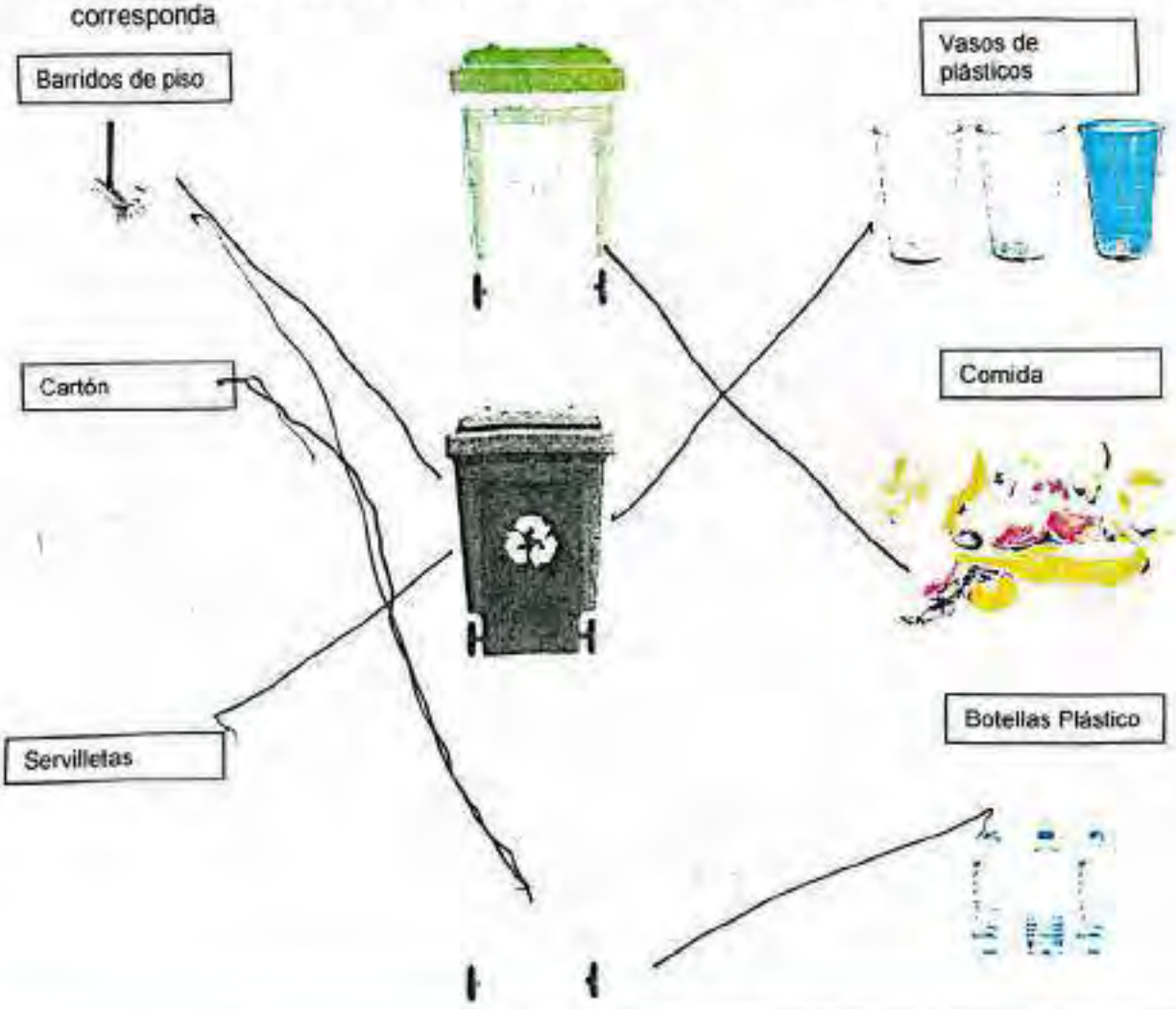
Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Disminuir o eliminar riesgos asociados al consumo de esta sustancia y promover el bienestar de los trabajadores

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Jaoel Arias Garcia	CEDULA: 1052700489	FECHA:
ÁREA/SECCIÓN: operativa	CARGO: Ayudante	30-07-2025

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas.

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias:
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRIISSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
X	**Físicos**: Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	X	**Mecánicos**: Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
X	**Químicos**: Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	X	**Eléctricos**: Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
X	**Biológicos**: Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	X	**Locativos**: Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
X	**Psicosociales**: Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	X	**Seguridad vial**: Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
X	**Naturales**: Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	X	**Biomecánicos**: Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
X	**Tecnológicos**: Explosión, fuga, derrame, incendio	X	**Comportamentales**: Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
X	**Públicos**: Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc	X	**Trabajo en Alturas**
X	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema músculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRIISSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridos para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad hacia durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento.

Cedula: 1058700489	Cedula:
Nombre del trabajador: Leonel Arias Garcia	Nombre responsable inducción:
Fecha: 30-07-2025	Fecha:
Firma del trabajador: Leonel AG	Firma responsable socialización:

Scanned with CamScanner

KEY S.Y INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-68 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: Leonardo	Fecha: 30-07-2023	Cargo: Ayudante	Nota 100

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a) Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

		
No aprovechables	Organicos	Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**



[O]

[O]





[X]

[ ]



Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   (a.) Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**
   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   (b.) Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**
   a. Conservar la calma.
   (b.) Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Prebenir enfermedades y accidentes de trabajo velando hasi por la salud del trabajador

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Evitar es la Prebencion o mitigacion de aquellos factores de riesgo asociados al consumo de las sustancias psicoactivas

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda.



Ronal A G
FIRMA

Scanned with CamScanner

E-FOR-30

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.140.585-1	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Luis Carlos Martinez	**CEDULA:** 1047847	**FECHA:**
ÁREA/SECCIÓN: Operativo	**CARGO:** Plomero	
Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:		

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras.
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901 309 885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPPS y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie SI / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
SI	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	SI	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
SI	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	SI	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto).
SI	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
SI	**Naturales:** Movimientos sísmicos, terremoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	SI	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas.
SI	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	SI	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros
SI	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.	SI	**Trabajo en Alturas**
NO	**Espacios Confinados.**		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, audiometría y espirometría.
2. Cumplir y promocionar las políticas del ***WRUSSY INGENIEROS SAS.***
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este detenido
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas).
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

Cedula:	**Cedula:** 1042460178
Nombre del trabajador: Luis Montes	**Nombre responsable inducción:** Yocheline Jimenez
Fecha: 23-07-23	**Fecha:** 23-07-23
Firma del trabajador:	**Firma responsable socialización:**

Scanned with CamScanner

KUSAY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG**	**CÓDIGO HSE-FOR-88** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019**

Nombre:	Fecha:	Cargo:	Nota:
Luis Martin	23-07-25	plomero	

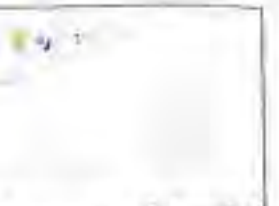
1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   a. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   c. Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   d. Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**



no aprovechables



organicos



Aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   a. Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   b. es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   c. es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

   a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.
   b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.
   c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

   a. Conservar la calma.
   b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.
   c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.
   d. La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema

cuidar la salud de los trabajadores

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la política de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

Propender un ambiente de trabajo libre del consumo de dichas sustancias

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



FIRMA

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST	CÓDIGO HSE- FOR-81
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

REGISTRO INDUCCIÓN Y RE- INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTO DE OBRA CIVIL		
NOMBRE: Luis Samuel Caraval	CEDULA: 1081.927.457	FECHA: 23/07/2025
ÁREA/SECCIÓN: ADMINISTRATIVA	CARGO: Ingeniero	

Objetivo general: Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. Entrega de la funciones y responsabilidades del cargo a desempeñar
2. Bases del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
   AFP-EPS-ARL-CCF
   Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SG SST)

3. Se da a conocer a los trabajadores, los riesgos a los cuales están expuestos en sus labores diarias
   - Riesgo Biomecánico: manipulación de cargas, esfuerzo, movimiento repetitivo.
   - Riesgo físico: ruido, vibración, iluminación.
   - Riesgo químico: líquidos (nieblas y humos) polvos orgánicos e inorgánicos
   - Riesgo mecánico: peligro de izaje y cargas suspendidas, peligro de proyección de partículas.
4. Formato de reporte de actos y condiciones inseguras
5. Procedimiento reporte de accidente de trabajo.
6. RIT (Reglamento Interno de Trabajo)

   Son obligaciones especiales del trabajador
   Son obligaciones de los trabajadores con el uso de EPP del SG SST
   Prohibiciones de los trabajadores
7. Política de Seguridad y salud en el trabajo y REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
8. PTS (procedimientos seguros) para tareas de alto riesgo.
9. Que es el comité de convivencia laboral
10. Que el COPASST

Yo como trabajador de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, los procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS** me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato a mi jefe directo, jefe de área o encargado de Seguridad y Salud en el Trabajo, cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Scanned with CamScanner

WW WIRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.199.885-1	**REGISTRO DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SST**	**CÓDIGO HSE- FOR-81** **VERSIÓN 1** **FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019**

Descripción: Notificación de peligros a los cuales va a estar expuesto, las medidas de control a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar durante la permanencia en sus actividades constructivas.

Elementos de protección personal (EPP) del cargo: Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad, protección auditiva tipo incrustación o de copa, tapabocas, gafas de seguridad, overol o chaleco. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregarán los EPP'S y equipos contra caídas requeridos según procedimiento seguro.

PELIGROS EXISTENTES (Diligencie Si / NO según la exposición a los peligros)

SI / NO	Descripción del peligro	SI / NO	Descripción del peligro
Si	**Físicos:** Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes)	Si	**Mecánicos:** Elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos
Si	**Químicos:** Humos no metálicos, humos metálicos, polvos inorgánicos, vapores, gases, material particulado	Si	**Eléctricos:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
Si	**Biológicos:** Bacterias, hongos, virus, parásitos, picaduras, mordedura, fluidos o excrementos	Si	**Locativos:** Almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)
Si	**Psicosociales:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, Relaciones laborales – jerárquicas, convivencia laboral	Si	**Seguridad vial:** Accidentes de tránsito, exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en la vía, exceso de confianza en la conducción
Si	**Naturales:** Movimientos sísmicos, tenemoto, descargas eléctricas, avalanchas, inundaciones, precipitaciones (lluvia, granizadas, heladas)	Si	**Biomecánicos:** Postura (prolongada mantenida, forzada, anti gravitacionales), Esfuerzo, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas
NO	**Tecnológicos:** Explosión, fuga, derrame, incendio	Si	**Comportamentales:** Incumplimiento por parte del trabajador en las normas de seguridad, actos inseguros, no uso de EPP, entre otros.
Si	**Públicos:** Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc		**Trabajo en Alturas**
	Espacios Confinados		**Otros:**

Medidas de control:

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema muscuo esquelético, audiometría y espirometría
2. Cumplir y promocionar las políticas del *WIRUSSY INGENIEROS SAS*
3. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
4. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que el paso de energía eléctrica este cesado
5. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
6. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
7. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
8. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
9. Todo personal que realice trabajos en alturas debe estar certificado y utilizar los equipos de protección contra caídas requeridas para la actividad
10. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante la labor (energía, gas, acueducto, etc.)
11. No fume dentro de la obra ni en las áreas de trabajo.
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra.
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente todo accidente o incidente de trabajo el mismo día de ocurrido el evento

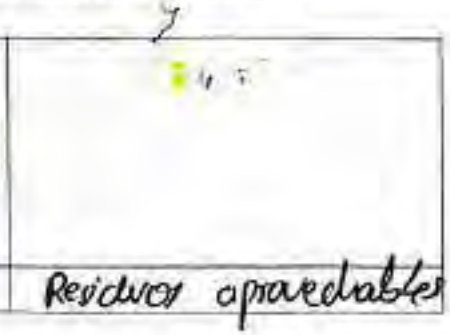
Cedula:	1.081.927.437	**Cedula:**	1014260188
Nombre del trabajador:	Luis Leonardo Caraval	**Nombre responsable inducción:**	Yerlethne Jimen
Fecha:	23/07/2025	**Fecha:**	23-07-25
Firma del trabajador:	Luis Caraval	**Firma responsable socialización:**	

Scanned with CamScanner

	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Nombre: MARIO	Fecha: 23-07-25	Cargo: Aprendiz	Nota: 4.0

1. **¿Qué es un accidente de Trabajo?**
   - X Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - **b.** Aquel que se produce cuando el trabajador se traslada del trabajo a su vivienda en transporte público.
   - **c.** Aquel que se produce en cumplimiento de las tareas asignadas por mis amigos del trabajo.
   - **d.** Todas las anteriores.
2. **Complete el nombre de cada una de las canecas para recolección de residuos**

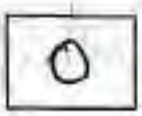
		
NO aprovechable Residuos organicos	Residuos organicos	Residuos aprovechables

3. **Cuál es el significado de punto ecológico**
   - X Es una zona especial claramente demarcada y señalizada, compuesta por recipientes de diferentes colores.
   - **b.** es un sitio que tiene la empresa para disponer de los residuos
   - **c.** es un sitio de recolección de basuras.

4. **Seleccione con una X las condiciones inseguras, con un circulo los actos inseguros.**

















Scanned with CamScanner

5. **Que es el comité de convivencia laboral**

X Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

b. Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

6. **Que es el COPASST**

a. Es grupo de empleados que busca prevenir el acoso laboral contribuyendo a proteger a los empleados contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.

X Encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas.

c. Elaborar planes operativos de emergencia para afrontar la situación y llevar a cabo la rehabilitación de los servicios, así como cooperar en la ejecución de los análisis de vulnerabilidad y en los programas de prevención y mitigación.

7. **¿Cuál es el procedimiento que debo seguir en caso de accidente de trabajo?**

a. Conservar la calma.

b. Informar de manera inmediata al supervisor, jefe inmediato o encargado de seguridad y salud en el trabajo de la empresa usuaria.

c. Recibir los primeros auxilios, según se requiera.

X La empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, de acuerdo con el evento, llamará a la línea de atención ARL SURA, con el fin de direccionar al accidentado al centro de atención médica en convenio con ARL SURA; usted deberá dirigirse al centro de atención designado por la línea de atención ARL SURA, en caso de requerirse.

8. Mencione un compromiso de la política integrada del sistema:

Prevención de la contaminación, mediante el control de los aspectos ambientales de sus actividades y en la prestación de sus servicios

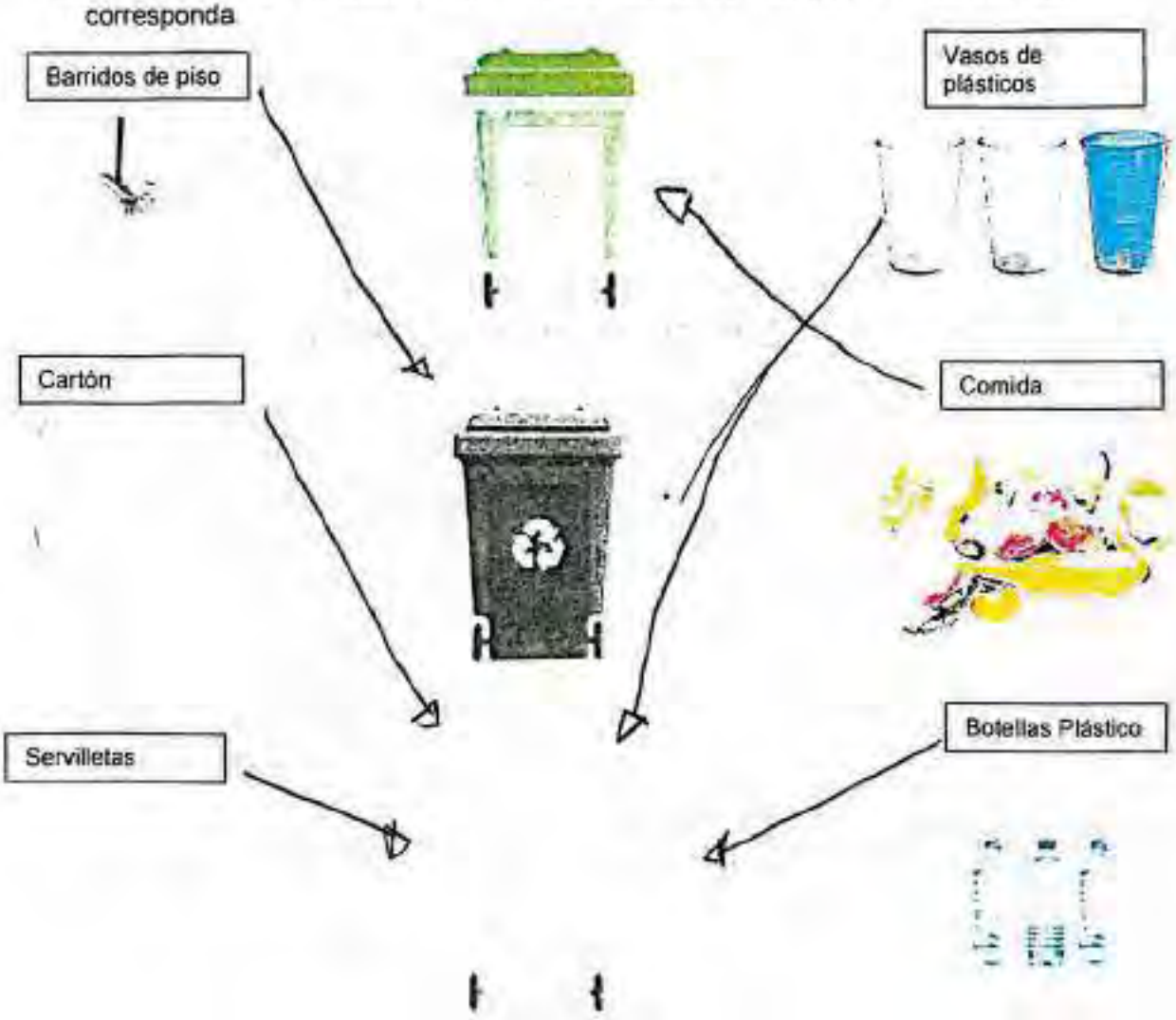
Scanned with CamScanner

NAY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.855-1	EVALUACION DE INDUCCION Y RE INDUCCION EN EL SIG	CÓDIGO HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

9. Mencione el objetivo de la politica de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción

PREVENIR INFRINGIR DAÑOS

10. Identifique los residuos y una con una flecha de acuerdo a la caneca que corresponda



Scanned with CamScanner

ANEXO 2. ENTREGA DE EPP

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901.109.685-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguente manera: discriminar pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Alfonso Vergara	CARGO:	Maestro

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Casco	Alfonso	1	20/07/23	
2	Botas	Alfonso	1	20/07/23	
3	Guantes	Alfonso	1	20/07/23	
4	Gafas	Alfonso	1	20/07/23	
5	Buzo	Alfonso	2	20/07/23	
6	T. vidos	Alfonso	1	20/07/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO. Art. 56 y Art. 58 numeral 7. LEY 9 DE 1979; Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:
Alfonso	78323568

RESPONSABLE

NOMBRE	Yaqueline Jimenez	CEDULA No.	1042460187
CARGO		FIRMA	Yaqueline Jimenez

Scanned with CamScanner

	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	• augusto Garcia	CARGO: • ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	• augusto	1	30/07/23	
2	Gafas	• augusto	1	30/07/23	
3	Tapabocas	• augusto	1	30/07/23	
4	Botas	• augusto	1	30/07/23	
5	Buzo	• augusto	2	30/07/23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 85; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS**.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: • augusto	CEDULA: • 1002 474 678

RESPONSABLE

NOMBRE	Yajaira Jimenez	CEDULA No.	1071360128 c
CARGO	Residente	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.865-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACION

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	DAVID ARGOTE	CARGO:	OFICIAL

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guante		1	24-07-25	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994 Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	1153511117

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoquline Jimenez	CEDULA No.	1014260188
CARGO	Residente SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	David Tirado	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	guante		1	15/07/23	
2	gafas		2	15/07/23	
3	buzos		2	15/07/23	
4	tapa oido		1	15/07/23	
5	casco		1	15/07/23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 5E y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	77155442

RESPONSABLE

NOMBRE	Jaqueline Jimenez	CEDULA No.	1042460186
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.169.865-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Edgar Mancera	CARGO: Arquitecto

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo	[signature]	2	16/07/23	
2	Botas	[signature]	1	16/07/23	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: [signature]	CEDULA: 91449925 Bga

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoyanis Jimenez	CEDULA No.	1042460122
CARGO	SST	FIRMA	[signature]

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.685-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como **EPP**

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Efrain Romitez	CARGO:	Aduente

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	2 Blco	EP	2	150725	
2	Gafas	EP	2	150725	
3	Guantes	EP	1	150725	
4	tapaoidos	EP	1	150725	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	EP	CEDULA:	13643682

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoyeline Jimenez	CEDULA No.	1042960188
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yoyeline Jimenez

Scanned with CamScanner

	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Esto da cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1979 y art. 91 decreto 1072 de 2015

Se compone la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto reciba Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Elkin Fleincy Quiroga Ramirez	CARGO:	Auxiliante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas		1	25/07/23	
2	Guante		1	25/07/23	
3	Buzos		2	25/07/23	
4	T. oidos		1	25/07/23	
5	T. Bocafos		1	25/07/23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Elkin Quiroga	CEDULA: 1098694789

RESPONSABLE

NOMBRE	Jaqueline Jimenez	CEDULA No.	1014[illegible]62
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02**
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 65 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jaider Sandoval	CARGO:	Auxiliar

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	guante	Jaider	1	25/07/23	
2	casco	Jaider	1	25/07/23	
3	Botas	Jaider	1	25/07/23	
4	gafas	Jaider	1	25/07/23	
5	buso	Jaider	2	25/07/23	
6	tapa Bocas	Jaider	1	25/07/23	
7	tapa oidos	Jaider	1	25/07/23	
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7. LEY 9 DE 1979; Art. 86. DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedara archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Jaider Sandoval	CEDULA:	1007119769

RESPONSABLE

NOMBRE	Yaqueline Jimenez	CEDULA No.	1014260177
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PROTECCION PERSONAL PROTECCION PERSONAL	VERSION 1 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Joaquin cervantes	CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas	Joaquin	2	06/08/23	
2	Casco	Joaquin	1	06/08/23	
3	Botas	Joaquin	1	06/08/23	
4	Guantes	Joaquin	1	06/08/23	
5	T. oidos	Joaquin	1	06/08/23	
6	T. bocas	Joaquin	1	06/08/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Joaquin	CEDULA: 8572588

RESPONSABLE

NOMBRE	Yeyeline Jimenez	CEDULA No.	1042260178
CARGO	SST	FIRMA	Yeyeline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.169.805-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art.7 de la ley 11/64 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	JOHN RAMIREZ.	CARGO:	MAESTRO

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	• GUANTES		1	25/07/23	
2	• TAPA OIDOS		1	25/07/23	
3	• BUSOS		2	25/07/23	
4	• GAFAS		1	25/07/23	
5	• CASCO		1	25/07/23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	

RESPONSABLE

NOMBRE	Jonathan Jimenez	CEDULA No.	1044260102
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 104 855-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __, camisas __ y otros aspectos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jorge Luis Ortiz	CARGO: Contratista

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Bota	Jorge Luis Ortiz	1	23/07/23	
2	Guantes	Jorge Luis Ortiz	1	23/07/23	
3	Guantes	Jorge Luis Ortiz	1	23/07/23	
4	Gafas	Jorge Luis Ortiz	1	23/07/23	
5	Tapa oido	Jorge Luis Ortiz	1	23/07/23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994 Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jorge Luis Ortiz	CEDULA: 8.858.184

RESPONSABLE

NOMBRE	Johanna Jimenez	CEDULA No.	1092400102
CARGO	Coordinadora SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguente manera. discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jorge Luis Sanchez	CARGO: Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Gafas oscuras	Jorge	1	24-04-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSS Y INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jorge Luis	CEDULA: 85065544

RESPONSABLE

NOMBRE	Yaqueline Jimenez	CEDULA No.	1014260188
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yaqueline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT: 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jorge Luis Sanders	CARGO: Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas de seguridad	Jorge			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jorge	CEDULA: 8506854

RESPONSABLE

NOMBRE	Yaqueline Jimenez	CEDULA No.	1014260188
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yaqueline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.685-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2025 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	JORGE	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	CASCO	Jorge	1	26/07/25	
2	BOTAS	Jorge	1	26/07/25	
3	GAFAS	Jorge	1	26/07/25	
4	TAPAOIDOS	Jorge	1	26/07/25	
5	BUZO	Jorge	2	26/07/25	
6	GUANTES	Jorge	1	26/07/25	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	JORGE	CEDULA:	9306834

RESPONSABLE

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.107.491-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 31 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	• Jorge Luis Sandoval	CARGO: • Auxiliar

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Cusco	• Jorge Sandoval	1	28/04/23	
2	Tapa oidos	• Jorge Sandoval	1	28/04/23	
3	Botas	• Jorge Sandoval	1	28/04/23	
4	Buzo	Jorge Sandoval	2	28/04/23	
5	Gafas	• Jorge Sandoval	1	28/04/23	
6	Guantes	• Jorge Sandoval	1	28/04/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	• Jorge Sandoval	CEDULA: • 1234888910

RESPONSABLE

NOMBRE	Yeferline Jimenez	CEDULA No.	1012460187
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yeferline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.805-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÒN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que sean contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jorge Luis Sandoval varela	CARGO:	Auxiliar

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	gafas	Jorge Sandoval	1	25/07/23	
2	Guantes	Jorge Sandoval	1	25/07/23	
3	Casco	Jorge Sandoval	1	25/07/23	
4	Buso	Jorg Sandoval	2	25/07/23	
5	Tapa boca	Jorg Sandoval	1	25/07/23	
6	botas	Jorge Sandoval	1	25/07/23	
7	TAPA oidos	Jorge Sandoval	1	25/07/23	
8		Jorg Sandoval			

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jorge Sandoval	CEDULA: 1234 888 910

RESPONSABLE

NOMBRE		CEDULA No.	1041160182
CARGO	SST	FIRMA	Jorge

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Leonardo Guevara G.	CARGO: Auxiliar

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas.	Leonardo G.	2.	15-07-22	
2	Gafas.	Leonardo G.	2.	19-09-22	
3	Tapa oidos.	Leonardo G	1	17-04.	
4	Guantes.	Leo G.	1	15-07-22	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 85; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Leonardo Guevara G.	CEDULA: 1143835AS.

RESPONSABLE

NOMBRE	Yolfelina Jimenez	CEDULA No.	1042960128
CARGO	SST	FIRMA	Yolfelina Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.108.881-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Juan carlos Camargo	CARGO:	Ayudate

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Gafas	Juan Carlos	2	24-07-2	
2	Botas	juan carlos	1	24-07-2	
3	Guantes	Juan carlos	1	24-07-25	
4	lentes	juan carlos	-	24-07-25	
5	T. oidos	Juan carlos	1	24-07-25	
6	Casco	juan carlos	1	24-07-25	
7	T. bocas.	Juan carlos	1	24/07/25	
8		juan carlos			

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Juan carlos	CEDULA:	1129541442

RESPONSABLE

NOMBRE	Yeferson Jimenez	CEDULA No.	1094260188
CARGO	Residente SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.865-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 1 1/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguente manera: discriminar: pantalones __, camsas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duracion del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Juan Pers	**CARGO:** Ayudante de

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEN	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guante Naturbacos		1	22/04/23	
2	Gafas		1	22/04/23	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 68, DECRETO 1295 DE 1994 Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	**CEDULA:** 85722??

RESPONSABLE

NOMBRE	Paqueline Jimenez	**CEDULA No.**	1042460178
CARGO	Residente SST	**FIRMA**	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Juan Perez	CARGO:	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1	31/07/23	
2	T. bocas.		1	31/07/23	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	85722214

RESPONSABLE

NOMBRE	Profesional SST	CEDULA No.	1011245678
CARGO		FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901.109.895-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Juan Perez	CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	2 Buzos		2	14/07-25	
2	Gafas		2	14/07-25	
3	Guantes		1	14/07/25	
4	Tapidos inserion		1	14/07/25	
5	Cascos		1	14/07/25	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA: 85722

RESPONSABLE

NOMBRE	Juan Perez	CEDULA No.	1011246018
CARGO	Ayudante	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS SAS NIT 901.309.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jurley Ramos G	CARGO:	Aguadiente

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo		2	30/07/23	
2	Botas		1	30/07/23	
3	Guantes		1	30/07/23	
4	Gafas		1	30/07/23	
5	T. oidos		1	30/07/23	
6	T. bucos		1	30/07/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	85142184

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoselin Jaramillo	CEDULA No.	1044160188
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Laureano Guerrero Roma	CARGO:	Auxiliar.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes.	Lau G.	1	24-07-23	
2	Tapabocas.	Laureano G.	1	24-07-23	
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979, Art. 88, DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS**.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Laureano Guerrero G.	CEDULA:	1134183585.

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoselime Jimenez	CEDULA No.	1044460183
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yoselime Jimenez

Scanned with CamScanner

NIT 901.109.605-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Leonel Arias Garcia	CARGO:	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas	Leonel AG	2	30/07/23	
2	Botas	Leonel AG	1	30/07/23	
3	Gafas	Leonel AG	1	30/07/23	
4	Guantes	Leonel AG	1	30/07/23	
5	T. oidos	Leonel AG	1	30/07/23	
6	T. bocas	Leonel AG	1	30/07/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Leonel Arias Garcia	CEDULA:	1052700189

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoguine Jimenez	CEDULA No.	1042760188
CARGO	Residente SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

	PROTECCION PERSONAL	VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	José Manuel Saumeth Carnaval	CARGO: Inspector de obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo	José Saumeth C.	2	23/07/23	
2	casco	José Saumeth C.	1	23/07/23	
3	Botas	José Saumeth C.	1	23/07/23	
4	Gafas	José Saumeth C.	1	23/07/23	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: José Saumeth Carnaval	CEDULA: 1081927437

RESPONSABLE

NOMBRE	Wolfgang Jimenez	CEDULA No.	1[illegible]6123
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.855-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:		**CARGO:** Maitenco

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo		2	24-02-23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	**CEDULA:** 1143954273

RESPONSABLE

NOMBRE	Yacqueline Jimenez	CEDULA No.	1012460182
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yacqueline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901.109.005-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Luis Martinez	CARGO:	Plomero

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas		2	23-07-23	
2	Botas		1	23-07-23	
3	casco		1	23-07-23	
4	Guantes.		1	23-07-23	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	1143843[illegible]

RESPONSABLE

NOMBRE	Yadelin Jimenez	CEDULA No.	1002460182
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02**
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Manuel Bandera Perez	CARGO: Auxiliar

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Casco		1	30/07/23	
2	Buzo		2	30/07/23	
3	Gafas		1	30/07/23	
4	Botas		1	30/07/23	
5	Guantes		1	30/07/23	
6	T. oidos		1	30/07/23	
7	T. bucal		1	30/07/23	
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Manuel Bandera	CEDULA: 12900740

RESPONSABLE

NOMBRE	Yaqueline Arroyo	CEDULA No.	1047460188
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.805-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	MARCO Arturo Beltz Teheran	CARGO:	Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	MARCO BELTZ	1	28/07/23	
2	Buzo	MARCO BELTZ	2	28/07/23	
3	Gafas	MARCO BELTZ	1	28/07/23	
4	T. oidos	MARCO BELTZ	1	28/07/23	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	MARCO BELTZ	CEDULA:	1143260035

RESPONSABLE

NOMBRE	Yolanda Jimenez	CEDULA No.	1047460188
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.885-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	MARIO PONTALVO	CARGO: AYUDANTE

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	MARIO PONTA	1	30/07/23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: MARIO PONTALVO	CEDULA: 8572679

RESPONSABLE

NOMBRE	Yadyuleiny	CEDULA No.	1067960708
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	MARIO FONTALVO	CARGO:	AYUDANTE

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo	MARIO FONTALVO	2	21/07/23	
2	casco	MARIO FONTALVO	1	21/07/23	
3	Gafas	MARIO FONTALVO	1	21/07/23	
4	guantes	MARIO FONTALVO	1	21/07/23	
5	Tapabocas.	MARIO FONTALVO	1	21/07/23	
6	T. bocas.	MARIO FONTALVO	1	21/07/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 55 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA:
MARIO FONTALVO	8572679

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoquelne Jimenez	CEDULA No.	1042760192
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yoquelne Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.169.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art 01 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar pantalones__ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Mauricio Henao	CARGO: Contratista

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	CASCO.		1	26/07/25	
2	BOTAS		1	26/07/25	
3	GAFAS		1	26/07/25	
4	TAPABOIDOS.		1	26/07/25	
5	DUZO		2	26/07/25	
6	GUANTES		1	26/07/25	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994 Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA: 1042348740

RESPONSABLE

NOMBRE	Jefferson Jimenez	CEDULA No.	1042760186
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Victor Toscano Perez	CARGO: Ayudante Electrico

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Gafas	Victor Tosca	1	24/07/23	
2	Busos	Victor Tu	2	24/07/23	
3	Casco	Victor Tu	1	24/07/23	
4	Guantes	Victor Tu	1	24/07/23	
5	Tapabocas	Victor Tu	1	24/07/23	
6	Tapa Hoidos	Victor Tu	1	24/07/23	
7	Botas	Victor Tu	1	24/07/23	
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO. Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Victor Toscano Perez	CEDULA: 72-340-890

RESPONSABLE

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 855-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	NICOLAS MARTINEZ	**CARGO:**	RIVAÑIL

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	NICOLAS	1	31/07/23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	NICOLAS	**CEDULA:**	1204404045

RESPONSABLE

NOMBRE		**CEDULA No.**	1122460727
CARGO		**FIRMA**	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.209.085-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar: pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	NICOLAS MARTINEZ	CARGO:	ALVAÑIL

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	CAFA	NICOLAS	1	24/07/23	
2	BOTA	NICOLAS	1	24/07/23	
3	WVANTE	NICOLAS	1	24/07/23	
4	BUSO	NICOLAS	2	24/07/23	
5	CASCO	NICOLAS	1	24/07/23	
6	TAPABOCA	NICOLAS	1	24/07/23	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyeri a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994, Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA: 72044045

NICOLAS MARTINEZ RESPONSABLE

NOMBRE		CEDULA No.	1044400186
CARGO	ALVAÑIL	FIRMA	

Scanned with CamScanner

	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera; discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	[illegible]	CARGO:	OFICIAL

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo	[illegible]	2	06/08/25	
2	Botas	[illegible]	1	06/08/25	
3	casco	[illegible]	1	06/08/25	
4	Guantes	[illegible]	1	06/08/25	
5	T. bocs	[illegible]	1	06/08/25	
6	T. oidos	[illegible]	1	06/08/25	
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	[illegible]	CEDULA:	[illegible]

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoselyn Jimenez	CEDULA No.	1042462177
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S NIT. 901.109.885-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 1/984 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	-	CARGO: -

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes		1	30/07/23	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presenie compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA: - 1005682477

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoyulan Jimenez	CEDULA No.	1144166182
CARGO	SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 865 7	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __; camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Rogelio	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Casco		1	24-07-23	
2	Guantes		1	24-07-23	
3	Gafas		1	24-07-23	
4	Boso		2	24-07-23	
5	botas		1	24-07-23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7. LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994. Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	CEDULA: 1045681079

RESPONSABLE

NOMBRE	Yadelina Jimenez	CEDULA No.	1002460152
CARGO	Residente SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotacion del año 2023 de la siguiente manera discriminar pantalones __ camisas _ y unos zapatos de excelente calidad para la duracion del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	• SARDO RIVERA	CARGO: • MAESTRO

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Casaca	•	1	24/07/25	
2	Guantes	•	1	24/07/25	
3	Buzo	•	2	24/07/25	
4	Tapabocas	•	1	24/07/25	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: •	CEDULA: • 73562655

RESPONSABLE

NOMBRE	Jaqueline Jimenez	CEDULA No.	1042460788
CARGO	Residente SST	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit 901.106.885-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Wilson Soto	CARGO:	oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Guantes	(W)	1	28-07-23	28-07-23
2	Gafas	(W)	1	28-07-23	28-07-23
3	T. oidos	(W)	1	28-07-23	28-07-23
4	Tapa bocas	(W)	1	29-07-23	29-07-23
5	Tapa bocas	(W)	1	30-07-23	30-07-23
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Wilson Soto	CEDULA:	1047218465

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoyuline Jimenez	CEDULA No.	1047460188
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yoyuline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.881-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art. 91 decreto 1072 de 2015.
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __ camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Wilson A. Lopez Jaramillo	CARGO:	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzos	(W)	2	15/07/23	
2	Gafas	(W)	2	15/07/23	
3	Tapa oidos	(W)	1	15/07/23	
4	Guantes	(W)	1	15/07/23	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicologico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Wilson Lopez	CEDULA:	1049218405

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoyceline Jimenez	CEDULA No.	1042460188
CARGO	Residente SST	FIRMA	Yoyceline Jimenez

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901 199 805-1	ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-02 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art 230 CST modificado art 7 de la ley 1 /94 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1 979 y art 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibirá Botas de seguridad que serán contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Yoyselin Jimenez	CARGO:	HSEQ

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Botas		1	02/07/23	
2	chaleco		1	02/07/23	
3	Guantes		1	02/07/23	
4	Gafas		1	02/07/23	
5					
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994, Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DEL TRABAJADOR:		CEDULA:	1042460187

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoselin Jimenez	CEDULA No.	1042460187
CARGO	HSEQ	FIRMA	

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.865-1	**ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**CODIGO: HSE-FOR-02** **VERSION 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

Para dar cumplimiento a los art.230 CST modificado art.7 de la ley 11/84 "suministro de calzado y vestido de labor" y en seguridad y salud en el trabajo art 85 ley 9 de 1.979 y art. 91 decreto 1072 de 2015
Se entrega la dotación del año 2023 de la siguiente manera: discriminar: pantalones __, camisas __ y unos zapatos de excelente calidad para la duración del año. En su defecto recibira Botas de seguridad que seran contempladas como EPP

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	Jeferson Mauricio Duran	CARGO: Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	EPP	FIRMA	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Buzo	Jeferson	2	30/07/23	
2	Botas	Jeferson	1	30/07/23	
3	Gafas	Jeferson	1	30/07/23	
4	Guantes	Jeferson	1	30/07/23	
5	Tapabocas	Jeferson	1	30/07/23	
6					
7					
8					

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestion y Seguridad del trabajo como evidencia y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado en la **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jeferson	CEDULA: 1002474109

RESPONSABLE

NOMBRE	Yoseline Jimenez	CEDULA No.	1012460182
CARGO	SST	FIRMA	Yoseline J.

Scanned with CamScanner

ANEXO 3. EXAMENES OCUPACIONALES

GOLD MEDIC CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IPS SAS
NIT. 901.340.102-1
Carrera 9 N° 14 123 Barrio Carvajal - Cels. 318 523 5825 - 316 694 1609
E-mail. goldmedic.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.514

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

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
WRUSSY INGENIEROS SAS	WRUSSY INGENIEROS SAS

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL	MASCULINO	50 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS	Tipo: CC	Número: 78323568

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL- TRIGLICERIDOS - GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VP	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION: SOBREPESO		DIETA BALANCEADA
MEDICINA GENERAL: HIPERLIPIDEMIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: AGUIRRE FORERO GOLDY CAROLINA

R. M.: 16497 **L.S.O.:** 21828

Código de Seguridad
I873O1U13514

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL

CC: 78323568

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA ARENILLA AUGUSTO ALFONSO	MASCULINO	37 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1002474678 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

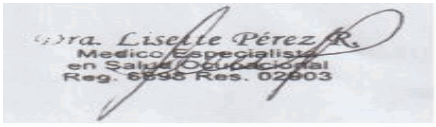
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USO DE LENTES OSCUROS PARA PROTEGER DE POLVO Y SOL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE LIPIDOS	SVE AUDITIVO	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
Y639E1K55863

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: GARCIA ARENILLA AUGUSTO ALFONSO

CC: 1002474678

Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900472223-8
Direccion . Kra 8 Nº 2-02
Cel 3003681345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rvs SO 01760

Identificacion	77.155.447

Nombre del Paciente: **DAVID ARGOTER RAUDALES**

Empresa: **WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
MASCULINO	52AÑOS	UNION LIBRE	PRIMARIA COMPLETA	FUNDACION-Mag	9/12/2024
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:			CONTRATO
CARGO	OFICIAL DE OBRA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restricciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

ALTURAS	X
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PARA TRABAJO EN ALTURAS. VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, HDL, LDL), GLICEMIA, HEMOGRAMA

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (la) doctor(a) arriba mencionado(a), atender en mi el examen medico y/o paraclinico (especialidad), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado claramente la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico (especialidad). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar, preguntar, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico (especialidad), a partir de la especificidad antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de estos pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara estos examen(es). Fui informado de las medidas que tomara VIGIAMOS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(s) examen(es) estan completas y son verdicas. Autoriz o a VIGIAMOS SALUD IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en esta discusion ya para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE

DAVID ARGOTE 77155447

MILEDHYS MORENO MOSQUERA — RM:2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Paciente o Responsable

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.005

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MANCERA RODRIGUEZ EDGAR HUMBERTO	MASCULINO	65 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS	Tipo: CC	Número: 19444776

Cargo
RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

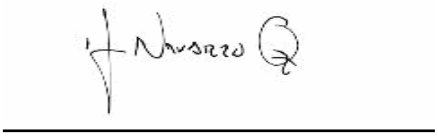
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR : CONTINUAR CONTROLES CON MEDICO TRATANTE DEL PROGRAMA DE HTA POR SU EPS.	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.
ES NECESARIO TENER EN CUENTA QUE SE TRATA DE UN ADULTO MAYOR, CON UNA POSIBLE MERMA GLOBAL DE SU CAPACIDAD FÍSICA DE TRABAJO ASOCIADA A SU EDAD, POR LO QUE SE DEBE VERIFICAR, EN EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES TAREAS Y ACTIVIDADES DE SU TRABAJO, SI HAY ALGUNAS QUE PUEDAN EXCEDER SUS CAPACIDADES FÍSICAS Y MENTALES, PARA LO QUE DEBERÁN HACERSE LOS AJUSTES PERTINENTES, EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA

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

Médico

Firma: 

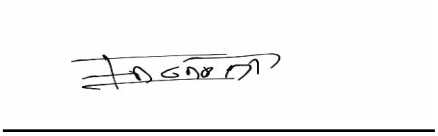
Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

M639S1Y55005

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MANCERA RODRIGUEZ EDGAR HUMBERTO

CC: 19444776

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **EFRAIN** Apellidos: **RAMIREZ VASQUEZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3105879461



Dirección: CRA 13 N. 50-22 cc 13643682 G.S RH: O+

Genero **Masculino☒ Femenino ☐**

Fecha de nacimiento 09/08/1963

Edad en años: 62

EPS: COOSALUD

ARL: SURA AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X

Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X

Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **ELKIN FERNEY** Apellidos: **QUIROGA RAMIREZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3154942192



Dirección: CRA 29- 86N 41 cc :1098694789 G.S RH: O+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: COOSALUD EPS	
Masculino☒ Femenino ☐	10/09/1990	34	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.756

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC	1007119769
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS
R. M.: 23959 L.S.O.: 1168
CC.: 8648533

Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad
V639B1H55756

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES

CC: 1007119769

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CERVANTES ARIZA JOAQUIN PABLO	MASCULINO	48 AÑOS 3 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	8572588 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

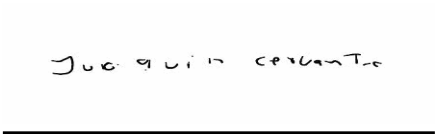
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

B639H1N56160

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CERVANTES ARIZA JOAQUIN PABLO

CC: 8572588

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.196

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GLEN JARABA JOEL ANDRES	MASCULINO	19 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1048273484 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Firma: Dra. Lisette Pérez R. Medico Especialista en Salud Ocupacional Reg. 6698 Res. 02003

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
R639X1D56196

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GLEN JARABA JOEL ANDRES

CC: 1048273484

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **JOHN EDWING**		Apellidos: **RAMIREZ ARGUELLO**	
Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141**		Celular: 320 4131205	
Dirección: Carrera 100 #24D - 14	cc :1102719047	G.S RH: O+	
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 05/11/1990	Edad en años: 35	EPS: COOSALUD EPS ARL: SURA AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	MAESTRO	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.667

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO	MASCULINO	46 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	8788177 (Número)

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

D639J1P55667

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO

CC: 8788177

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.767

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANDOVAL BARRIOS JORGE LUIS	MASCULINO	46 AÑOS 9 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	8506884 (Número)

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

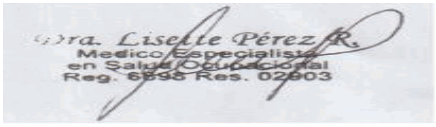
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PUEDE LEVANTAR PESO HASTA 20 KILOS

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
D639J1P55767

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: SANDOVAL BARRIOS JORGE LUIS

CC: 8506884

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.757

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANDOVAL VARELA JORGE LUIS	MASCULINO	27 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1234888910 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS
R. M.: 23959 L.S.O.: 1168
CC.: 8648533

Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad
Y639E1K55757

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANDOVAL VARELA JORGE LUIS

CC: 1234888910

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **JOSE MARIO** Apellidos: **GUERRERO GOMEZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3043631843

Dirección: Carrera 90 #24C - 14 cc :1134183545 G.S RH: O+



Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS:NUEVA EPS	
Masculino☒ Femenino ☐	05/03/1998	27	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.862

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RAMOS GARCIA JOSE LUIS	MASCULINO	49 AÑOS 10 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	85442184 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

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

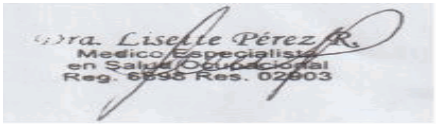
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES OSCUROS PARA PROTEGER DE POLVO Y SOL.
CONTROL DE LIPIDOS POR SU EPS

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

Médico

Firma:



Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad

X639D1J55862

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: RAMOS GARCIA JOSE LUIS

CC: 85442184

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.695

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC	1129541442
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

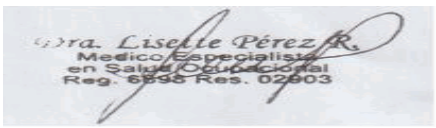
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
W639C1I55695

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS

CC: 1129541442

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **JUAN MIGUEL**		Apellidos: **PEREZ FERRER**	
Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141**		Celular: 3105497614	
Dirección: CALLE 22F N. 32-08	cc 8572227	G.S RH: O+	
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 25/05/1976	Edad en años: 49	EPS: COOSALUD / ARL: SURA / AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARIAS GARCIA LEONEL	MASCULINO	20 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1052700489 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

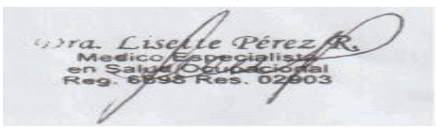
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE LIPIDOS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
I639O1U55871

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARIAS GARCIA LEONEL

CC: 1052700489

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 17/07/2025



TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARTINEZ JIMENEZ LUIS CARLOS **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 11.438.423 **Edad:** 52 AÑOS
Eps: SANITAS **Cargo:** PLOMERO
Empresa: INDEPENDIENTE **NIT:**

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O-	ESTATURA	1.70 CM	PESO	76 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento: SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

HUELLA

Medico

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg. 11294 C.C. 79.687.876

Firma:		***Paciente Firma:***	1143842 3
Nombre:	**DR. DIDIER JANS RINCON CASTRO**	**Nombre:**	
Reg. Medico	**11294-26/09/2017 C.C. 79.687.876**	**Doc. No.:**	

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.680

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL	MASCULINO	29 AÑOS 1 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1081927437 (Número)

Cargo
INSPECTOR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

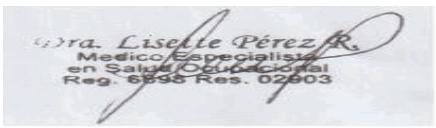
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
Y639E1K55680

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL

CC: 1081927437

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.935

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS**

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BANDERA PAEZ MANUEL ARTURO	MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	12400740 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA ALBORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

T639Z1F55935

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BANDERA PAEZ MANUEL ARTURO

CC: 12400740

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.751

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PERTUZ TEHERAN MARCO ANTONIO	MASCULINO	28 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1143260035 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico

Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS
R. M.: 23959 L.S.O.: 1168
CC.: 8648533

Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad
X639D1J55751

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PERTUZ TEHERAN MARCO ANTONIO

CC: 1143260035

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.664

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FONTALVO PEREZ MARIO RAFAEL	MASCULINO	48 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	8572679 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

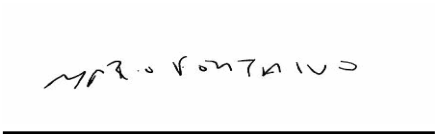
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

P639V1B55664

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FONTALVO PEREZ MARIO RAFAEL

CC: 8572679

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.772

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARQUEZ CAHUANA MAURICIO DE JESUS	MASCULINO	37 AÑOS 0 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1042348740 (Número)

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PUEDE LEVANTAR PESO HASTA 20 KILOS

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

Médico

Dra. Lisette Pérez R.
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Reg. 6698 Res. 02803

Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
W639C1I55772

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARQUEZ CAHUANA MAURICIO DE JESUS

CC: 1042348740

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.665

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

MARTINEZ MATOS NICOLAS ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	56 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC	72044045
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS
CONTROL DE LIPIDOS POR SU EPS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

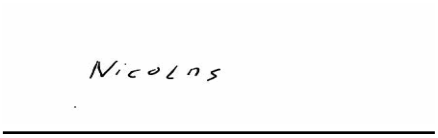
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

C639I1O55665

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MARTINEZ MATOS NICOLAS ANTONIO

CC: 72044045

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.255

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

HERRERA ASCENCIO ROBINSON ENRIQUE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	72050576
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBA	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.
CONTROL DE GLICEMIA Y LIPIDOS POR SU EPS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

S639Y1E56255

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERRERA ASCENCIO ROBINSON ENRIQUE

CC: 72050576

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **ROGELIO ENRIQUE** Apellidos: **GUERRERO JIMÉNEZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3028413363



Dirección: CRA 16 N 23-03 cc :1045681049 G.S RH: B+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: FAMISANAR	
Masculino☒ Femenino ☐	16/05/1986	39	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.916

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS**

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RIVERA PALENCIA SANDRO	MASCULINO	55 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	73562655 (Número)

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PRA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

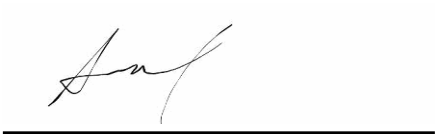
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

F639L1R55916

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RIVERA PALENCIA SANDRO

CC: 73562655

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.691

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TOSCANO PEREZ VICTOR ALFONSO	MASCULINO	40 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	72340890 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBA	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

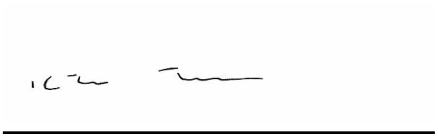
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

N639T1Z55691

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TOSCANO PEREZ VICTOR ALFONSO

CC: 72340890

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **WILSON ALFONSO**		Apellidos: **LOPEZ JARAMILLO**	
Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141**		Celular: 3028413363	
Dirección: CLL 5 CRA 60-10	cc :1047218465	G.S RH: A+	
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 23/03/1987	Edad en años: 38	EPS: MUTUALSER / ARL: SURA / AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**



X Wilson Lopez

Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.958

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JIMENEZ MOLA YAQUELINE	FEMENINO	26 AÑOS 7 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1042460188 (Número)

Cargo
RESIDENTE SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

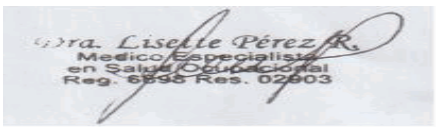
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: PEREZ RODRIGUEZ LISETTE TATIANA

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
K639Q1W54958

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JIMENEZ MOLA YAQUELINE

CC: 1042460188

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.870

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

MARTINEZ DURAN YEFERSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS	CC	100247409
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR UROLOGIA POR SU EPS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Firma: Dra. Lisette Pérez R. Medico Especialista en Salud Ocupacional Reg. 6698 Res. 02603

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
N639T1Z55870

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ DURAN YEFERSON

CC: 100247409

ANEXO 4.
DOCUMENTACION DE PERSONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.444.776

MANCERA RODRIGUEZ

APELLIDOS

EDGAR HUMBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1959

GACHANCIPA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-SEP-1979 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1504600-00250030-M-0019444776-20100813 0023424987A 1 34279695

Escaneado con CamScanner

Medellín, 28 de Junio 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 WRUSSY INGENIEROS SAS, en el centro de trabajo 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C19444776	MANCERA RODRIGUEZ EDGAR HUMBERTO	11/06/2025		125bj128	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802517937424

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 28/06/2025 10:23:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.22, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

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

16/06/2025
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 16/06/2025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran al reverso del formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Continuidad solicitada	5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código de la entidad promotora (EPS)
1. Afiliación:	A. Individual: + Cotizante sin núcleo de familia: X; + Beneficiario o adicional:	A. Contributivo: X	Si:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	1
2. Traslado de Beneficiarios: X	B. Colectiva	B. Subsidiado:	No: X	B. Cónyuge o compañero(a) permanente	B. Independiente	
	C. Institucional			C. Padre o madre de familia	C. Pensionado	
	D. Grupo familiar			D. Otro beneficiario adicional		

A. AFILIACIÓN / B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando actúe(n) como afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Marcera	Rodriguez	Edgar	Humberto

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Tipo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	19.444.776	Femenino: Masculino: X	F: M: T: NS: Otro: Cual?	Colombiano	Colombia Cundinamarca Gachancipa	25-11-1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Escolaridad	18. Ocupación	19. Pertenencia étnica	20. Certificado étnico	21. Grupo poblacional	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si: No: Categoría de ocupación:	Si: No:	Nivel: Grupo:		Sura

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
	$3'279.000		Cll 17 Nº 3-28

27. Teléfono	28. Celular	29. Correo electrónico	30. Departamento	31. Municipio	32. Zona: Cabecera Municipal: Centro Poblado: X Rural Disperso: Rural Ribereño:
N/A	3125899262	Argmarcera59@gmail.com	Cundinamarca	Cota	

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

33. Apellidos y nombres			

34. Tipo de documento de identidad	35. Número de documento de identidad	36. Sexo biológico	37. Nacionalidad	38. Lugar de nacimiento	39. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino: Masculino:			

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

	40. Apellidos y nombres	41. Tipo de documento de identidad	42. No. de documento de identidad	43. Sexo biológico: Femenino	Masculino	F	M	T	NS	Otro	Cual?	44. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	45. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	46. Parentesco	47. Etnia	48. Escolaridad	49. Grupo de población especial	50. Tiene certificado étnico: SI	NO	51. Certificación étnico: Nivel	Grupo	52. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	53. Discapacidad permanente: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	54. Datos de residencia: Departamento	Municipio / Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Rural Ribereño	Teléfono fijo y/o celular	55. Valor de la UPC del afiliado adicional (asignado por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

FOR-GEF-017-2023 V06

1068

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

16. Nombre o razón social	Wrussy Ingenieros SAS	18. Tipo de documento de identificación	NIT
19. Número de documento de identificación	901.109.885		
20. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	21. Dirección	CII 8F # 79-94	
22. Teléfono	3228547417	23. Correo electrónico	hseq@wrussyingenieros.com
24. Departamento	Bogota	25. Municipio	Bogota

VI. REPORTE DE NOVEDADES

26. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
X 9. Retiro del relación laboral o adquisición de condiciones para obtener

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Inscripción en EPS-retorno al país.
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo. B. Régimen Subsidiado

15. Traslado: A. Mismo Régimen. B. Diferente Régimen.
16. Ingreso de hijo(a) adoptado(a) del Cotizante o Cónyuge de familia.
17. Ingreso por relación de protección al cesante.
18. Ingreso de la calidad de Pensionado.
19. Ingreso a Cotización Solidaria.
20. Retiro de Cotización Solidaria.

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

27. Tipo de documento de identidad	28. Número de documento de identidad	29. Primer apellido	Femenino	Masculino	30. Otros nombres				
31. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	32. EPS anterior	33. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	11-06-2025	34. Medio de recibido	Cód.	35. Clase de Cotizante (Trabajador Regular de Pensiones)			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de suficiencia económica de los cotizantes y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de ausencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que sustenten la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información del cotizante, padres de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
X 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o usuario de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
X 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley fundamenten la vigilancia.
X 75. Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o usuario 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 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las manifestaciones para vinculares a la Cotización Solidaria y no realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación en la actualización del grupo familiar y los aportes en Cotización Solidaria, según lo establecido en el Decreto vigente.

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de asumir el 100% del valor de la cuota moderadora de la persona de su grupo familiar que no haya cubierto el pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

X. FIRMAS

Edgar Mancera

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

81. Aportante o entidad responsable del afiliación colectiva, institucional o de pago

XI. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CE T C M C D X PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:
83. Copia del documento de nacionalidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento original expedido por la Fiscalía General de la Nación, en el cual conste la ausencia de antecedentes, de los padres o los declarantes acreditado con el certificado judicial de la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (numeral 1 y 3 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016).
90. Certificación de vinculación a encuentros organizados para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acta administrativa o de la sentencia de los autoridades ubicadas en la vía en donde la cotización se encuentre la afiliación no viable.

Folio Número

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

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

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

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

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

19444776
DOC EN BASE
USUARIO CON PORTABILIDAD

16/06/2025
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

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

compensar | salud eps

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

SI: Correo electrónico: NO: X Me comprometo a consultar en www.compensarlsalud

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

Firma del afiliado: Edgar Mancera

No. Identificación: 19.444.776

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

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

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar:

Identificación:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Si X No

16/06/2025

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: Edgar Mancera

No. Identificación: 19.444.776

Vigilado Supersalud

FOR-EPS-TA-0002 V002

Vigilado Supersubsidio

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.005

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MANCERA RODRIGUEZ EDGAR HUMBERTO	MASCULINO	65 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS	Tipo: CC	Número: 19444776

Cargo
RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

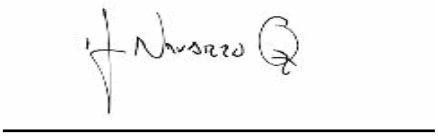
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR : CONTINUAR CONTROLES CON MEDICO TRATANTE DEL PROGRAMA DE HTA POR SU EPS.	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.
ES NECESARIO TENER EN CUENTA QUE SE TRATA DE UN ADULTO MAYOR, CON UNA POSIBLE MERMA GLOBAL DE SU CAPACIDAD FÍSICA DE TRABAJO ASOCIADA A SU EDAD, POR LO QUE SE DEBE VERIFICAR, EN EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES TAREAS Y ACTIVIDADES DE SU TRABAJO, SI HAY ALGUNAS QUE PUEDAN EXCEDER SUS CAPACIDADES FÍSICAS Y MENTALES, PARA LO QUE DEBERÁN HACERSE LOS AJUSTES PERTINENTES, EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA

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

Médico

Firma: 

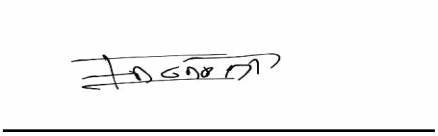
Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

M639S1Y55005

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MANCERA RODRIGUEZ EDGAR HUMBERTO

CC: 19444776

EDGAR HUMBERTO MANCERA R.
Arquitecto U. G. C.
T. P. 25700 66748 CND.
Cel. 312 589 92 62 -314 244 46 79



PERFIL PROFESIONAL

Profesional en arquitectura con experiencia en diseño urbanístico y arquitectónico, Construcción; manejo de inmobiliario urbano, Asesoría de obra, levantamiento arquitectónico, presupuesto y programación de obra, formación y actualización catastral, docencia en el área de la construcción y proyecto de grado, Trámite de licencias de construcción ante Curadurías Urbanas, manejo de Word, Excel, AutoCAD 2009.

ESTUDIOS

PREGRADO. 1.990 - 1.996
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
Arquitecto.

REFERENCIAS PERSONALES

JOSE MARCIALES
JOYERO
TELEFONO CEL. 315 3494353

MARIO ROJAS
COMERCIANTE
TELEFONO 313 4205252.

MARIO A. GARZON M.
ARQUITECTO
TELEFONO CEL. 3004374968

LUIS EDUARDO MONSALVE
GERENTE DE INCOLPROYECTOS S.A.
TELEFONO 310-254-40-36



ARQ. EDGAR H. MANCERA R.
CC. Nº 19´444.776 de Bogotá.

CALLE 17 Nº 3-28 CAMINO EL ARRAYAN
COTA C/MARCA
Amail: arqmancera59@gmail.com

En nombre de la República de Colombia y,
por autorización del Ministerio de Educación

La Universidad La Gran Colombia

en virtud de que

Edgar Humberto Mancera Rodríguez

c.c. 19.444.776 Bogotá

ha terminado los estudios y cumplido los demás requisitos académicos exigidos por la ley y los estatutos universitarios, le confiere el título de

Arquitecto

En testimonio, le expide el presente Diploma, firmado y refrendado con el sello mayor de la Universidad, en Santafé de Bogotá, el día 26 del mes de Septiembre del año de 1996.

El Rector

El Decano

Secretario General

Registrado bajo el No. 423

Anotado al Folio No. 141 del Libro No. 1

Firma del Titular

Santafé de Bogotá, a 18 de Octubre de 1996

Escaneado con CamScanner

Universidad La Gran Colombia

AFILIADA A LA ASOCIACION COLOMBIANA DE UNIVERSIDADES "ASCUN"

FACULTAD DE ARQUITECTURA-Resolución No. 1998 de junio 11 de 1957
Renovación : Resolución No. 000233 de febrero 11 de 1988 ICFES.

ACTA DE GRADO No. 10-96070.-

En Santafe de Bogotá, D.C., República de Colombia, el día veintiseis.- (26) del mes de septiembre.- del año de mil novecientos noventa y seis.- (19 96) se reunieron en el Aula Máxima de la Institución, el Rector doctor JOSE GALAT NOUMER .- ..... el Decano de la Facultad doctor LUIS ALFREDO QUIÑONES SARMIENTO .- y el Secretario General de la Universidad doctor ADAN VALDERRAMA ANDRADE .- con el objeto de presidir la ceremonia de grado de EDGAR HUMBERTO MANCERA RODRIGUEZ .- con C.C. No. 19.444.776 de Bogotá.- quien terminó los estudios universitarios en el año de 1996 y ha cumplido todos los requisitos exigidos por la ley y por los reglamentos de la Universidad, para optar al título de - A R Q U I T E C T O -

El señor Rector procedió a tomar el juramento de rigor en los siguientes términos: JURAIS A DIOS Y PROMETEIS A LA PATRIA ACATAR Y CUMPLIR LA CONSTITUCION Y LAS LEYES DE LA REPUBLICA, DEFENDER SU INDEPENDENCIA Y LIBERTADES, EJERCER VUESTRA PROFESION DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE LA ETICA CRISTIANA Y VELAR POR EL PROGRESO Y BUEN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA? El graduando respondió SI JURO. Luego se hizo entrega del correspondiente Diploma y se dió por terminada la ceremonia.

El Rector, (Fdo.) JOSE GALAT NOUMER

El Decano de la Facultad, (Fdo.) LUIS ALFREDO QUIÑONES SARMIENTO

El Secretario General de la Universidad, (Fdo.) ADAN VALDERRAMA ANDRADE

Es fiel copia tomada de su original a los veintiseis.- (26) días del mes de septiembre.- de mil novecientos noventa y seis.- (1996).

ADAN VALDERRAMA ANDRADE
Secretario General

*evr.-

Escaneado con CamScanner

Documento firmado digitalmente por: Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares
Página 1 de un total de 1 página (s)

CONSEJO PROFESIONAL
NACIONAL DE ARQUITECTURA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES

E664483

CERTIFICA

Que el Arquitecto EDGAR HUMBERTO MANCERA RODRIGUEZ con cédula de ciudadanía No. 19444776 de Bogota D.C., registra Matrícula Profesional de Arquitectura No. 25700-66748, expedida en cumplimiento de la Resolución No. 941 del 24 de Julio de 1997 por el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería y Arquitectura., la cual se encuentra **VIGENTE.**

El profesional no registra ANTECEDENTES ni SANCIONES VIGENTES en el ejercicio de su profesión por parte del Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares.

La anterior información corresponde en su integridad con los datos del Registro de Arquitectos y Profesionales Auxiliares de la Arquitectura.

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses a partir de la fecha de su expedición.

Dado en Bogotá, D.C., a los 3 dias del mes de Julio de 2024.

ALFREDO MANUEL REYES ROJAS
Director Ejecutivo

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria, según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf. La falta de firma del titular no invalida el certificado.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese a la página web
[https://cpnaa.gov.co/verificacion-de-autenticidad-del-certificado-de-vigencia-profesional-digitall]
y digite el siguiente código de verificación 5sS2cN1

Carrera 6 No. 26B-85 Oficina 201, Bogotá, D.C. – Colombia
PBX 601-3502700 Ext. 1101-1124
info@cpnaa.gov.co
www.cpnaa.gov.co

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO, CERTIFICA:

CERTIFICA

Que el Sr **EDGAR HUMBERTO MANCERA RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. **19.444.776 de Bogotá**, laboró con nuestra empresa por un contrato de prestación de servicios desempeñando el cargo de **RESIDENTE DE OBRA.**

Desde el 18 de enero del 2023 hasta el 22 de julio de 2023, tiempo en el cual desempeño sus funciones a cabalidad y cumpliendo con los objetivos pactados, en el contrato:

Contrato No. No. 494 de 2022
Entidad Contratante: Alcaldía Local de Engativá
Objeto: REALIZAR LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, REMODELACIÓN, MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE MOBILIARIO, EQUIPOS Y ENSERES PARA EL EDIFICIO CENTRO ADMINISTRATIVO LOCAL (CALE) Y EDIFICACIONES DE PROPIEDAD O TENENCIA DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE ENGATIVA A MONTO AGOTABLE, CON PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE.
Área: 854.38 m²
Actividades ejecutadas: Mantenimiento periódico; Instalaciones hidráulicas; iluminación; equipos; Mantenimiento preventivo y correctivo; Instalaciones eléctricas-red voz y datos; aparatos y equipos; carpintería en aluminio; señalización; mobiliario y oficina abierta; pañetes; pinturas; aparatos sanitarios; espejos y vidrios; cielo raso; cubiertas e impermeabilizaciones;

Dado en Bogotá D.C a los 08 Días del mes de agosto de 2023

Cordialmente,

WRUSSY INGENIEROS S.A.S
JULIANA OCAMPO RAMIREZ
C.C. 1.018.481.308 Bta

CONSORCIO
DEL NORTE

Señores
A QUIEN INTERESE

CONSORCIO DEL NORTE
NIT 901.604.342

CERTIFICA:

Que el Arquitecto **EDGAR HUMBERTO MANCERA RODRIGUEZ,** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía **No. 19.444.776 de Bogotá**, laboró con nuestra empresa desempeñando el cargo de **RESIDENTE DE OBRA,** desde el 20 de agosto del 2023 hasta el 24 de junio de 2024, tiempo en el cual desempeño sus funciones a cabalidad cumpliendo con los objetivos pactados.

CONTRATO	099 de 2022
OBJETO	Realizar la construcción de la sede judicial del municipio de Aguachica – Cesar
ÁREA	1184.23 m²
ACTIVIDADES EJECUTADAS	Obras preliminares; excavaciones y rellenos; cimentación, estructuras; muros y divisiones; pañetes, enchapes y mesones; cubierta, terrazas e impermeabilizaciones; cielo rasos; pisos; plazoletas, obras exteriores y urbanismo; instalaciones sanitarias; instalaciones de agua potable; eléctricos; estucos y pinturas; instalaciones sanitarias; carpintería metálica-vidrio; aire acondicionado; sistema contraincendios; aseo en obra.

Dado en Bogotá D.C a los 26 Días del mes de junio de 2024

JULIANA OCAMPO RAMIREZ
C.C. 1.018.481.308 de Bogotá
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:37:27 AM horas del 11/06/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **19444776**
Apellidos y Nombres: **MANCERA RODRIGUEZ EDGAR HUMBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.042.460.188

JIMENEZ MOLA
APELLIDOS

YAQUELINE
NOMBRES

Yaqueline Jimenez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1998

MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-DIC-2016 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0305200-00878690-F-1042460188-20170120 0053208591A 1 47590924

Medellín, 01 de Julio 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 WRUSSY INGENIEROS SAS, en el centro de trabajo 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1042460188	JIMENEZ MOLA YAQUELINE	02/07/2025		NB174j15	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802518259970

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/07/2025 16:39:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.31, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **YAQUELINE JIMENEZ MOLA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1042460188**, aparece registrado (a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1042460188
NOMBRES Y APELLIDOS	YAQUELINE JIMENEZ MOLA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	89
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	46
EMPLEADOR(ES)	NI 900876569 GINSA CONSTRUCCIONES SAS DESDE 08/04/2025, NI 901109885 WRUSSY INGENIEROS SAS DESDE 02/07/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **07/07/2025**

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

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:

YAQUELINE JIMENEZ MOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.460.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 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.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.958

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JIMENEZ MOLA YAQUELINE	FEMENINO	26 AÑOS 7 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1042460188 (Número)

Cargo
RESIDENTE SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

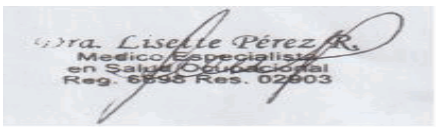
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: PEREZ RODRIGUEZ LISETTE TATIANA

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
K639Q1W54958

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JIMENEZ MOLA YAQUELINE

CC: 1042460188

YAQUELINE JIMENEZ



PERFIL

Profesional en seguridad y salud en el trabajo, coordinador de trabajos seguro en alturas. Con 4 años de experiencia en el cargo, experiencia en la implementación y ejecución de los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, conocimiento en tareas de alto riesgo, actividades de promoción y prevención de los riesgos y enfermedades laborales, higiene, seguridad industrial y ambiental, brigadas de emergencia, primeros auxilios y contra incendios.

DATOS PERSONALES

NOMBRE	YAQUELINE JIMENEZ MOLA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C 1042460188 de Soledad **(**Atlántico**)**
FECHA DE NACIMIENTO	10 NOVIEMBRE 1998
LUGAR DE NACIMIENTO	MOMPOX (Bolívar)
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Carrera 17b # 59ª -46 las moras
TELÉFONO	3202311564
E-MAIL	yakelinjimenez2@gmail.com yaquelinej436@gmail.com

YAQUELINE JIMENEZ

FORMACIÓN ACADEMICA

Profesionales:

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES EDUCACION Y SALUD

Profesional en Seguridad y salud en el trabajo

Estudios Secundarios:

INSTITUCION EDUCATIVA RIO GRANDE DE LA MAGDALENA (INERMAG)
Bachiller Académico

Estudios Primarios:

INSTITUCION EDUCATIVA RIO GRANDE DE LA MAGDALENA (INERMAG)
Académico

Otros:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
50 horas SG-SST
ESPECIALISTAS EN TAREAS DE ALTO RIESGO (ESTAR) Trabajo seguro en alturas nivel avanzado

ESPECIALISTAS EN TAREAS DE ALTO RIESGO (ESTAR) Coordinador de trabajo seguro en alturas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Administrativo para jefes de área trabajo seguro en Alturas

CURSOS DE ALTURAS
Básico primeros auxilios

EXPERIENCIA LABORAL

MONTENEGRO Y COMPAÑÍA SAS

Cargo: Residente SSOMA de interventoría
Jefe inmediato: Carlos Gómez
Contacto: 3185480228
Duración: 4 Meses

TAREAS REALIZADAS

Supervisar y asegurar el cumplimiento de las normas y requerimiento SST-MA de los contratistas ejecutantes de obra Elaborar informes de gestión de SST-MA

Elaborar informes de gestión de SST-MA

Proponer acciones preventivas y correctivas que lleven a la preservación de la salud de los trabajadores y conservación de medio ambiente sostenimiento de negocio y la imagen de la empresa.

LUIS GUILLERMO NARVAEZ RICARDO

Cargo: Residente SSOMA de interventoría
Jefe inmediato: Alfonso Narváez
Contacto: 3004843362
Duración: 21 meses

TAREAS REALIZADAS

- Velar por el cumplimiento de normas y requerimientos SST-MA a los contratistas ejecutores que intervendrán en las obras.
- Asegurar los controles críticos en tareas de alto riesgo.
- Elaborar informes de gestión de SST-MA de la obra asignada.
- Liderar investigaciones de accidentes y seguimientos a planes de acción.
- Proponer acciones preventivas y correctivas que lleven a la preservación de la salud de los trabajadores y conservación de medio ambiente, sostenimiento de negocio y la imagen de la empresa.
- Realizar inspecciones de seguridad a todas las tareas ejecutadas en obra y emitir oportunidades de mejora.
- Liquidación de contratos de obra.

UNIMANUX CONSTRUCTORES

Cargo: Inspector SST
Jefe inmediato: Jaime Domínguez
Contacto: 3154095807
Duración: 5 Meses

TAREAS REALIZADAS

- Ejecutar el SGSST.
- Elaboración de informes de SST-MA.
- Validar afiliación y competencia del personal
- Implementar controles operacionales en las diferentes tareas.
- Realización de charlas y capacitaciones.
- Participar en investigaciones de accidentes.

CONSTRUCCIONES POLARIS

Cargo: Residente SST
Jefe Inmediato: Oscar Ojeda
Contacto: 3114593953
Duración: 12 meses

TAREAS REALIZADAS

- Realizar seguimiento, vigilancia y control en los aspectos legales en seguridad y salud en el trabajo.
- Administrar, vigilar, mantener y controlar los procesos y condiciones operativas y administrativas de tareas críticas.
- Recibir auditorías internas HSEQ
- Realización de capacitaciones.
- Ejecución de informes mensuales y manejo de indicadores del SG-SST
- Manejo y liderazgo en materia SST personal asignado a talle campo.
- Validar afiliación y competencia del personal propio y contratista.

BIENESTAR IPS

Prácticas Empresariales
Jefe Inmediato: Jhoner Diaz
Contacto: 3015604887
Duración: 6 Meses

TAREAS REALIZADAS

- Acompañamiento en la implementación del SG-SST
- Participar en investigaciones de accidentes.
- Realización de charlas SST

REFERENCIAS

PERSONAL

JEISSON CARREÑO ACEVEDO
Ocupación: Ingeniero civil
Teléfono: 3209890786

REINALDO ANTONIO LONDOÑO
Ocupación: Radiólogo
Teléfono:3202376317

FAMILIAR

SONIA MICHELL PEREZ MOLA
Ocupación: Licenciada en Pedagogía infantil
Teléfono: 3002751256

NOHORA EDITH BOLAÑO
Ocupación: Enfermera
Teléfono: 3185662432

YAQUELINE JIMENEZ





REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA INSTITUCION EDUCATIVA RIO GRANDE DE LA MAGDALENA

SANTA CRUZ - MOMPOS

Aprobada por la Resolución 0428 del 28 de Diciembre de 2.005, Jornada Matinal Emanada de la Secretaría de Educación Departamental de Bolívar.

Le confiere el título de

Bachiller Académico

En atención a que

Yaqueline Jiménez Mola

T.I. 98111072590 de Mompós

Curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de educación media según los planes y programas vigentes en el proyecto educativo institucional

En fe de lo expuesto, le expedimos el presente diploma que firmamos y sellamos en Santa Cruz - Mompós, el 13 de noviembre de 2015

Rector **Secretario**

Registrado para efectos legales de conformidad con el Decreto Nacional N° 921 de mayo de 1994

Anotado en el control interno del plantel, libro de actas **01**

Acta de grado N° **24** Folio N° **35** N° de Orden **12**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA RÍO GRANDE DE LA MAGDALENA

SANTA CRUZ-MOMPOX BOLÍVAR

Aprobado por la Resolución 0428 del 28 de Diciembre del 2005

Emanada de la Secretaría de Educación Departamental de Bolívar

DANE 213468001491 NIT: 806014353-1 Tel: 3126185407

INERMAG

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En el Corregimiento de Santa Cruz, Municipio de Mompós Departamento de Bolívar, a los 13 días del mes de Noviembre de 2.015 se reunieron en las instalaciones de la Institución Educativa Río Grande de la Magdalena con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo grado, los suscritos Rector y Secretario de esta Institución, aprobada en los niveles de Educación Preescolar, Básica y Media, autorizada por la Secretaría de Educación Departamental de Bolívar para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA** según Resolución N° 0428 del 28 de Diciembre del año 2.005. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria y Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relaciona a continuación: **JIMÉNEZ MOLA YAQUELINE** T.I. N° 98111072590 de Mompós-Bolívar.

Es fiel copia tomado del Libro de Actas Generales de Grado N° 01, Folio N° 35 Acta N° 24, Registro N° 12 de fecha 13 de Noviembre de 2015 que consta de 43 alumnos, comienza con el nombre de **ALANDETE BETANCURT MARÍA JOSÉ** y cierra con el nombre de **RODRIGUEZ CHACÓN INGRID PAOLA.**

Firmada y sellada por **HUBER JOSÉ BELTRÁN CASARES**, Rector y **EDGAR MANUEL PEREZ FLOREZ**, Secretario.

Dado en Santa Cruz – Mompós a los 13 días del mes de Noviembre de 2.015.

HUBER BELTRÁN CASARES
C.C 3.910.891 de Mompós
Rector

EDGAR MANUEL PÉREZ FLÓREZ
C.C. 9.135.789 de Magangué
Secretario

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

La Corporación Universitaria de Ciencias Empresariales, Educación y Salud

Resolución No. 3597 de 30 de Junio de 2006 del Ministerio de Educación Nacional

Confiere el Título de

Profesional en

Seguridad y Salud en El Trabajo

A

Yaqueline Jiménez Mola

C.C. No. 1.042.460.188 Expedida en Soledad

Quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello otorga el presente

Diploma

Expedido en la ciudad de Barranquilla, a los 14 días del mes de Agosto de 2020

Presidente

Luz Stella Gómez Lima
Rector

Secretario General

Director del Programa

Anotado en el Folio 3013 del libro de Diploma 19 Registro No. 2413

Corporación Universitaria de Ciencias Empresariales
Educación y Salud
"Corsalud"

Acta de Grado: Programa de Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo

CÓDIGO: 103465

Otorgado a: YAQUELINE JIMÉNEZ MOLA

En Barranquilla a los 14 días del mes de Agosto de 20 20 el Consejo Directivo, el Rector de la Corporación Universitaria de Ciencias Empresariales, Educación y Salud – CORSALUD y los Directores de los Programas Profesionales en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el Trabajo y Contaduría Pública y Finanzas Internacionales, en presencia de su cuerpo docente, se reúnen en ceremonia solemne para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico.

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES, EDUCACIÓN Y SALUD DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

YAQUELINE JIMÉNEZ MOLA

C.C. No. 1.042.460.188 de: Soledad

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS, EN TESTIMONIO,

LE OTORGA EL TITULO DE :

Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO RESPECTIVO

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 14 *días del mes de* Agosto *de 20* 20

Luz Stella Gómez Lima
Rector

Secretario General

Director del Programa

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES, EDUCACIÓN Y SALUD
Una Institución Universitaria al Servicio del País
Resolución No. 3587 del 30 de Junio de 2006 del Ministerio de Educación Nacional
NIT 800.248.926-2
VIGILADA MINEDUCACIÓN

SUSCRITA SECRETARIA GENERAL DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES, EDUCACIÓN Y SALUD -CORSALUD-

CERTIFICA

Que **YAQUELINE JIMÉNEZ MOLA**, identificada con Cédula de Ciudadanía **Nº 1.042.460.186** de Soledad, realizó en el periodo 2020 el trabajo de grado para obtención de titulo como Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo: **"Diseño de un programa lúdico-deportivo de intervención para el manejo del estrés en los profesores y administrativos en la Corporación Universitaria de Corsalud"**; obteniendo una nota de **4.50 (CUATRO CINCO CERO)**, lo que lo califica como **TRABAJO MERITORIO**, según lo establecido en el Artículo 62, Parágrafo 4 (Literal A) del Reglamento Estudiantil.

Se expide el presente certificado en Barranquilla, a solicitud de la parte interesada, a los Catorce (14) días del mes de Agosto de 2020.

JOHANNA P. SENIOR GONZÁLEZ
Secretaria General
CORSALUD
NIT. 800248926-2

Carrera 53 N° 59 -70 Teléfonos: 3682894-95-96
Calle 64 N° 52 – 62 Teléfonos: 3600833-35
Pág. Web: www.corsalud.edu.co
E-mail: info@corsalud.edu.co
Barranquilla-Colombia

SGS CO17/7751 SGS CO17/7750 SGS CO17/7752

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS EMPRESARIALES
EDUCACIÓN Y SALUD
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
VIGILADA MINEDUCACIÓN

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES, EDUCACIÓN Y SALUD

Centro de Idiomas y Cultura Internacional

Certifica que:

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No:

1.042.460.188 De Soledad (Atlántico)

Cursó y aprobó satisfactoriamente los 6 Niveles de Inglés requeridos por esta Institución.

Con una duración de 384 horas, alcanzando los logros de aprendizaje equivalentes al nivel B1 de acuerdo al marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas

Finalizó el 14 de agosto de 2020

Barranquilla - Colombia

Luz Stella Gómez Lima

Luz Stella Gómez Lima
Rectora

Johanna Senior González
Secretaria General

Atlántico para la Gente

RESOLUCIÓN No. 00-120 DEL 25 DE ENERO DE 2021

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL ATLÁNTICO
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

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

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

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

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

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

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

Que **YAQUELINE JIMENEZ MOLA**, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **1.042.460.188**, expedida en Soledad (Atlántico), en su calidad de **PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, titulo conferido por de la **CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES EDUCACION Y SALUD "CORSALUD"**, ha solicitado licencia para la prestación de servicios en Seguridad y salud en el trabajo.

Que, revisada la documentación presentada por la solicitante, esta Secretaría emite concepto favorable para la expedición de la Licencia de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, como **PERSONA NATURAL**, a **YAQUELINE JIMENEZ MOLA,** quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **1.042.460.188.**

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

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

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

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: CONCEDER LICENCIA para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo como **PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, a **YAQUELINE JIMENEZ MOLA**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1.042.460.188**, en las siguientes áreas: **Higiene Industrial**, Seguridad Industrial, Investigación de Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

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

ARTÍCULO TERCERO: Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria declarada en todo el territorio nacional mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por medio de las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020 y, a lo establecido en el Decreto 154, 160, 320 y 386 de 2020, expedido por la Gobernadora del Departamento del Atlántico, se hace necesario notificar y dar a conocer electrónicamente el contenido del presente acto administrativo.

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

Dada en Barranquilla, a los 25 días del mes de Enero del 2021

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

ALMA SOLANO SANCHEZ
Secretaria de Salud Departamental del Atlántico

Revisó: Elaina Cosenga Jiménez – Subsecretaria Salud Pública Atlántico
Revisó: Freddy García González– Profesional Especializado

SENA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que YAQUELINE JIMENEZ MOLA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1042460188 de Soledad, realizó y aprobó el curso de SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá. a los nueve (9) días del mes de noviembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
Subdirector CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403002201776CC1042460188E.

República de Colombia

Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

Confiere

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 20 Horas

A

Yaqueline Jiménez Mola

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1042460188

Bogotá, 26 de febrero de 2024

ATCAL

65dcaeb1-c320-4a9d-b4da-7208a2f00491

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.042.460.188

Cursó y aprobó la acción de Formación

BASICO OPERATIVO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

con una duración de 8 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Malambo, a los veintidos (22) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

43946374 - 22/12/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9207001425900CC1042460188C.

ESTAR S.A.S.
Especialistas en Tareas de Alto Riesgo Sas

Aprobación del Ministerio COR08SE2018220000000027034

Certificación de capacitación y entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas.

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Con Documento de Identidad CC-1042460188

Curso y aprobó la acción de formación en

COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Con una duración de 80 horas.

En testimonio de lo anterior se firma en BARRANQUILLA (ATLANTICO) el día Quince (15) del mes de SEPTIEMBRE del año 2020
De acuerdo a la resolución 1409 del 2012

LEYDA BAEZ DE RODRIGUEZ
Representante legal

BUREAU VERITAS
ISO/IEC 17065 : 2012
09-CPR-008

JUNIOR ALFONSO GARCIA MANGA
Licencia S.O # 4692 DEL 27 AGO DE 2019
Instructor

Fecha de Registro: 15-SEP-2020

Certificado Numero: TSACO0000410

Para la verificación de esta certificación:

Pagina Web: www.estarsas.com.co - Tel: 3004858733 - 3053474334 - Dir: Cl. 40 # 27 - 127 Chiquinquira - Barranquilla

CubiK

CERTIFICADO

DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEGUROS BOLÍVAR S.A. - CONSTRUCCIONES LAR Y CIA SAS - LUIS ALIRIO RODRÍGUEZ

Yaqueline Jimenez Mola

CC.1042460188

Quien cursó y aprobó la acción de formación

Actualización de Coordinador

Según Resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo. Aprobación: 08SE2019220000000007278

Con una Intensidad Horaria de 16 Horas

GERENTE
Luisa Fernanda Cubillos
C.C. 52.498.144
Ing. Sistemas

ENTRENADOR
Martha Cecilia Ramos L.
C.C. 39.541.879
Lic. 8581 – 30/07/2013

Codigo de Verificación

CUBIK S.A.S
NIT: 901221454-7
Cl. 74a 85 35 Bogotá Tel: 318 3379595- www.cubik.com.co
Centro de Formación y Entrenamiento en Alturas
Certificado Icontec NTC 6072(2014) - CS-CER661321
Licencia de Salud Ocupacional Resolución 19097 de 03/12/2018 de la secretaria de salud de Bogotá

Cursado en Bogotá entre el:
4 enero 2023 y el
05 enero 2023
Emitido el: 05 enero 2023

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Con Cedula de Ciudadania No. 1042460188

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRATIVO PARA JEFES DE AREA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

con una duración de 10 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cúcuta, a los veintiun (21) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)

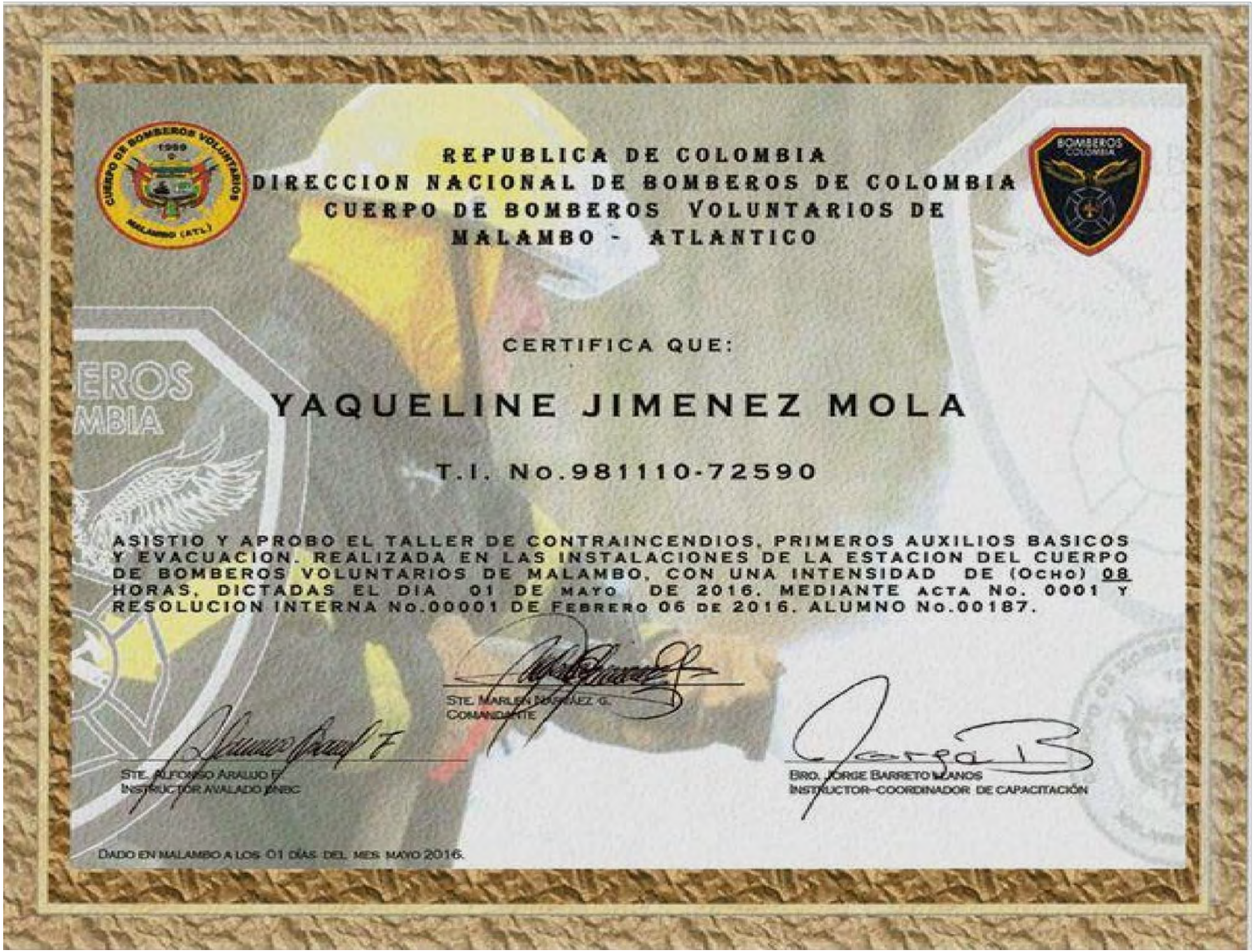
Firmado Digitalmente por



EDUARDO RIVERA SIERRA
Subdirector
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

72219989 - 21/12/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9537002240931CC1042460188C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION NACIONAL DE BOMBEROS DE COLOMBIA
CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE
MALAMBO - ATLANTICO

CERTIFICA QUE:

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

T.I. No.981110-72590

ASISTIO Y APROBO EL TALLER DE CONTRAINCENDIOS, PRIMEROS AUXILIOS BASICOS Y EVACUACION. REALIZADA EN LAS INSTALACIONES DE LA ESTACION DEL CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE MALAMBO, CON UNA INTENSIDAD DE (OCHO) 08 HORAS, DICTADAS EL DIA 01 DE MAYO DE 2016. MEDIANTE ACTA No. 0001 Y RESOLUCION INTERNA No.00001 DE FEBRERO 06 DE 2016. ALUMNO No.00187.

STE. MARLEN JIMENEZ G.
COMANDANTE

STE. ALFONSO ARAUJO F.
INSTRUCTOR AVALADO ENBC

BRO. JORGE BARRETO MANOS
INSTRUCTOR-COORDINADOR DE CAPACITACIÓN

DADO EN MALAMBO A LOS 01 DÍAS DEL MES MAYO 2016.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICA QUE

La empresa

BIENESTAR IPS S.A.S.

con NIT No. 800.223.206 a través de su colaboradora

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.042.460.188 participó en la

PLANEACION Y EJECUCICION DEL SIMULACRO ANUAL DE EVACUACION

Realizado el día 26 de Diciembre de 2.019

Firmado en Barranquilla a los Veinte (20) días del mes de Enero de 2.020

MARGARITA GONZALEZ MARTINEZ
GERENTE SUCURSAL ATLANTICO

JUAN CARLOS GUEVARA RODRIGUEZ
ENTRENADOR DE BRIGADAS

POSITIVA EDUCA
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

POSGRADO
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

ALASEHT

LUDO prevención

POSITIVA

CERTIFICACIÓN VALIDADA

Positiva Compañía de Seguros, la Escuela de Postgrado de la Universidad Científica del Sur, COLASEH y LudoPrevención

CONFIEREN EL PRESENTE CERTIFICADO A:

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Identificado con C.C. Nro. 1042460188

En mérito por haber cursado y aprobado el programa de:

ENTRENADORES LÚDICOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: NIVEL 1

Realizado en la CIUDAD de Barranquilla, el 11 de Febrero de 2020 con una duración de 8 horas.

Ing. Pablo Pinto
Representante de LudoPrevención

Dr. Camilo Eusebio Gómez
Vicepresidente de Promoción y Prevención de
Positiva Compañía de Seguros

CURSOS DE ALTURAS

CURSOS DE ALTURAS CH S.A.S.

NIT: 901.587.519-8
Licencia Jurídica SST - Resolución Nº 3389 15/07/2022

Nº 0125

CERTIFICA A:

YAQUELINE JIMENEZ MOLA

Identificado con cédula de ciudadanía Nº
1.042.460.188

por haber cursado y aprobado el nivel

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad horaria de
ocho (08) horas de Formación

Capacitación realizada el día 02 septiembre 2023

Lo anterior se firma en Bogotá, D.C., a los dos (02) días del mes de septiembre del dos mil veintitrés (2023)

Nombre del Entrenador:
Nilson Antonio Berrocal Morelo
Licencia: 13007 10/06/2022

Nombre Representante legal:
Claudia Hernández Martínez
C.C. Nº 52.555.412

La autenticidad de este documento puede verificarse en: www.cursosdealturasch.com
Tel.: +57 601 695 8145 • Móvil: +57 310 345 9288
Cra. 69B # 76-35 • E-mail: gerencia@cursosdealturasch.com

Montenegro y Compañía SAS

Floridablanca-Stder, 20 de marzo de 2024

CERTIFICACION LABORAL

El Abajo firmante, actuando en nombre y representación de **MONTENEGRO Y COMPAÑÍA S.A.S.**

CERTIFICO QUE:

Que la Sta. **YAQUELINE JIMENEZ MOLA**, identificada con cedula de ciudadania No. **1.042.460.188** de Soledad, trabajo en nuestra empresa como **RESIDENTE DE INTERVENTORIA SISOMA** para el proyecto que se relaciona a continuación:

-INTERVENTORIA TÉCNICA, JURIDICA, FINANCIERA, ADMINISTRATIVA Y CONTABLE DE LA OBRA PÚBLICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE DOS (02) ALOJAMIENTOS PARA PERSONAL DE OFICIALES Y SUBOFICIALES CASADOS EN EL CACOM-3 - MALAMBO - ATLANTICO.

Por el periodo comprendido desde el 18/noviembre/2024 hasta el 13/marzo/2025.

La presente certificación se expide en la ciudad de Floridablanca-Santander a los veinte (20) dias del mes de marzo de 2025.

Atentamente,

Hebert Enrique Cardenas Arias
C.C. 88.242.565 de Cucuta
R/L **MONTENEGRO Y COMPAÑÍA SAS**

Calle 17#19-08 Versalles
Floridablanca Stder
Tel: 3165430277

LUÍS GUILLERMO NARVÁEZ RICARDO

INGENIERO CONSULTOR

La Ingeniería al Servicio de la Comunidad

El suscrito ingeniero **LUIS GUILLERMO NARVAEZ RICARDO**, identificado con cedula deciudadanía No. 9.050.725 de Cartagena (Bolívar) en su condición de representante legal de **LUIS GUILLERMO NARVAEZ RICARDO** con Nit. 9050725

CERTIFICA

Que la señora **YAQUELINE JIMENEZ MOLA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.042.460.188 de soledad (atlántico), desempeña el cargo de **SUPERVISOR SSOMA** de interventoría desde el día 9 de diciembre de 2023 en el proyecto de interventoría para la ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS, ESTUDIOS TÉCNICOS, DISEÑOS Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE MEJORAMIENTO Y/U OBRAS REQUERIDAS PARA LA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA Y SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE AULAS Y/O BATERÍAS SANITARIAS, EN SEDES AFECTADAS POR EMERGENCIA.

Para constancia se expide la presente certificación a solicitud de la interesada en la ciudad de barranquilla, a los seis (06) días del mes noviembre de 2024

LUIS GUILLERMO NARVÁEZ RICARDO
C. C. 9.050.725 de Cartagena
Representante Legal

El suscrito ingeniero **LUIS GUILLERMO NARVAEZ RICARDO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 9.050.725 de Cartagena (Bolívar) en su condición de representante legal de **CETING S.A.S.** con Nit. 900.499.213-9

CERTIFICA

Que la señora **YAQUELINE JIMENEZ MOLA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.042.460.188 de soledad (atlántico), desempeño el cargo de **RESIDENTE SSOMA** de interventoría desde el día 1 de enero de 2023 hasta el 1 de octubre del 2023 en el proyecto de interventoria técnica, administrativa, financiera y ambiental para el proyecto New BranchKCO barranquilla, de Komatsu Colombia S.A.S.

Para constancia se expide la presente certificación a solicitud de la interesada en la ciudad de barranquilla, a los tres (tres) días del mes de octubre de 2023.

LUIS GUILLERMO NARVÁEZ RICARDO
C. C. 9.050,725 de Cartagena
Representante Legal

12 de mayo del 2022



CONSTANCIA LABORAL

Por medio de este documento se expresa constancia que la señora **YAQUELINE JIMENEZ MOLA** con CC. 1.042.460.188 De Soledad Atlántico que trabaja en la empresa **CONSTRUCIONES POLARIS S.A.S** en el cargo de **RESIDENTE SSOMA** en el proyecto edificación edificio **HELIOS** en la ciudad de **Bogotá** y vinculado a la empresa desde el 18 de febrero de 2021 hasta el 9 de marzo de 2022.

Para constancia se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá a los doce (12) días del mes de mayo de 2022

Cordialmente:

Yeisson Moreno

CONSTRUCCIONES POLARIS SAS
Yeisson Eduardo Moreno Ferro
C.C. 1.019.005.850 de Bogotá D.C.
Representante Legal

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:02:45 AM horas del 28/06/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1042460188**
Apellidos y Nombres: **JIMENEZ MOLA YAQUELINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 274731201

PIB
10:03:57

Bogotá DC, 28 de junio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YAQUELINE JIMENEZ MOLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1042460188:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 28 de junio de 2025, a las 10:03:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1042460188
Código de Verificación	1042460188250628100317

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.927.437
SAUMETH CANAVAL

APELLIDOS

LUIS MANUEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1996

PLATO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 A+ M

ESTATURA G S RH SEXO

22-JUL-2014 PLATO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2105200-00640033-M-1081927437-20141112 0041020465A 4 42834500

Medellín, 21 de Julio 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 WRUSSY INGENIEROS SAS, en el centro de trabajo 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1081927437	SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL	23/07/2025		22142bF9	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802520262130

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 21/07/2025 17:15:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.37.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nro de Radicación

Fecha de Radicación

A. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Traslado de Entidad [ ] B. Traslado [X]

2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Beneficiario [ ] C. Adicional [ ] D. Pensionado [ ]

Cotizante en Mora de Aportes [ ] Beneficiario en Mora de Aportes [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Vinculación: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código de Ocupación [ ]

6. ANTECEDENTE

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o Cabeza de Familia)

7. Apellidos y nombres: Saimeth Carnaval Luis Manuel

8. Tipo de Documento de Identificación: CC

9. Número de Identificación: 1082927159

10. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

11. Fecha de Nacimiento: 15 06 1996

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. País: Colombia

13. Departamento: Tipo [ ] Dirección [ ]

14. Municipio: Barranquilla

15. Zona Residencial: Urbana [ ] Rural [ ]

16. Grupo de población especial: [ ]

17. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

18. Administradora de Pensiones: Porvenir

19. Ingreso base de cotización - IBC: $2'200.000

20. Dirección: Cra # # 30 - 105

Teléfono: 3013957999

Correo Electrónico: Buckrobert999@gmail.com

Municipio: Barranquilla

Distrito: Barranquilla

Departamento: Atlantico

Código: 08 001

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

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

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O CELDAS EMPLEADOS RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

26. Nombre o razón social: INGESSA INGENIEROS

27. Tipo de Documento de Identificación: NIT

28. Número de Documento de Identificación: 901109585

29. Tipo de aportante o asociado de cotización: Bogota

30. Dirección: CL18 C # 79 - 99

31. Teléfono: 4111513

32. Correo Electrónico: hse@ingessaingenieros.com

33. Ciudad: Bogota

- 2a. COPIA: AFILIADO -

[ ] I (ORIGINAL F.U.G.) 1A. FORM. EMPLEADOR O FACT. TERRITORIAL

mutualser

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. SOPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la vinculación en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reincorporación en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de adultos adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Suspensión (retiro temporal) o cotizante no continua cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Retiro de Fallecimiento
- [ ] 16. Reporte electrónico de prestación al cotizante
- [ ] 17. Reporte de la cuenta de Prepensionado
- [ ] 18. Reporte de la cuenta de Pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo: (femenino) [ ] (Masculino) [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				2 2 0 7 2 0 2 5

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

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y/o adultos adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no afiliación de alguno de ellos al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de pertenecer a los niveles de Sisbén requeridos para ingresar al régimen de los beneficiarios que pertenecen a los niveles de Sisbén requeridos
- [ ] 49. Declaración de no internalización de cotizante, todos de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS valide y almacene datos y copia de la huella dactilar del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación a ella, en virtud de novedades, a bases de datos de afiliados vigentes y a los entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS descuente de mi pensión del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1753 de 2015 y el Decreto 1427 de 2016.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Luis Manuel S

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, apoderado o representante legal de la administradora colectiva

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [X] Cantidad [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del concepto de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que disuelva la sucesión de cuerpos y existencia jurídica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o de acta de custodia y/o custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la posición de la pareja peruana en el certificado de inscripción de los cónyuges, la declaración suscrita por el peruano sobre la convivencia de los dos países.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliados colectivos
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o que ordene la inclusión de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código de departamento	67. Datos del Afiliado: Número de Folio	Folio/año	Mes	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES

Declaro que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y/o los documentos anexados en el apartado VII del formulario.

- DOTA: ANEXADO -

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:

LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.927.437**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.680

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL	MASCULINO	29 AÑOS 1 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1081927437 (Número)

Cargo
INSPECTOR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

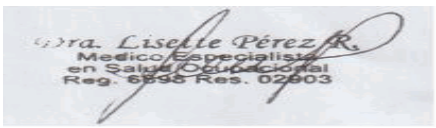
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
Y639E1K55680

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL

CC: 1081927437

LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL

C.C. 1.081.927.437

INGENIERO CIVIL

INFORMACION PERSONAL

Dirección: Cra 44 50-105 Barranquilla-Atlántico

Celular: 3043751411

Email: blackrobbery17@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona emprendedora y disciplinada con facilidad de trabajo individual y grupal. También, soy responsable, perseverante al momento de cumplir con los objetivos planteados tanto a nivel personal como laboral. Con gran convicción y pensamientos orientados al logro de objetivos corporativos, proactiva, con bases éticas y morales firmes que siempre pongo en consideración a la hora de tomar decisiones, actitudes de liderazgo y valores para la convivencia social, que me permite actuar crítica y creativamente en el desempeño de mi trabajo.

ESTUDIOS REALIZADOS

UNIVERSIDAD DE LA COSTA

Ingeniería civil

2021

Colegio Inmaculada Concepción

Bachiller Académico

2013

CURSOS REALIZADOS

Universidad de la Costa

Jornada Académica aplicada a Vías y Transporte

Mayo de 2018

Asociación Nacional de Estudiantes de Ingeniería Civil

De la Universidad de la Costa

4º Seminario de Vías y Transportes-Retos para el desarrollo sostenible

Octubre de 2016

Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA

Técnico en Contabilización de Operaciones

Comerciales y Financieras

Universidad de la Costa

Diplomado en Profundización de Gerencia de Construcción de Obras

Publicas de Infraestructuras

Mayo de 2019

Universidad de la Costa

Especialización Gerencia de Construcción de Obras Publicas de Infraestructura

Mayo de 2023

EXPERIENCIAS LABORALES

CONSORCIO PLAYAS SALGAR

Inspector de Obra

Estar al pendiente de la ejecución de las actividades diarias llevadas a cabo en la obra. Colaborar en los diferentes frentes de trabajo para desarrollo prospero del proyecto.

MEJORAMIENTO VIAL MINCA-LA TAGUA

Inspector de Obra

Realización adecuada de las metas establecidas diariamente con la colaboración de nuestro equipo de trabajo, para garantizar con efectividad un buen trabajo.

HOSPITAL 7 DE AGOSTO

Seguimiento de proyecto de trabajo social, acompañamiento de familia y estudio de campo en salud pública.

INGENIERO RESIDENTE DE SUPERVISION TECNICA

Revisión del armado de estructura, exigiendo lo que está en el diseño de los planos, para un buen proceso, esto tuvo un tiempo de dos (2) años, en Puerto Campana, en el municipio de Soledad-Atlántico.

INGENIERO AUXILIAR DE INTERVENTORIA

Revisión de armado estructural, elaboración de oficios y cantidades de diseño de obra (materiales), revisión y actualización de planos de diseño, fuerza aeroespacial colombiana, Malambo-Atlántico.

REFERENCIAS PERSONALES

Isabel Otero

Ingeniera Civil

3017858776

Andrés Barros

Ingeniero Civil

3003973346

Nidia Sierra Peluffo

Coordinadora medica

3215714359

Juan David Estrada

Gerente General

3166241571

Carlos Gomez Montenegro

Director de Proyecto

3185480227

PARA EFECTOS LEGALES HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LA PRESENTE HOJA DE VIDA ES CIERTA (C.S.T. Art. 62 Núm. 1º) Y PUEDE SER VERIFICADA EN SU TOTALIDAD.

LUIS MANUE SAUMETH CANAVAL

C.C. 1.081.927.437 PLATO (MAGDALENA)

MATRICULA PROFESIONAL

021037-0599692 ATL

R2021104119



INGENIERIA CIVIL

LUIS MANUEL
SAUMETH CANAVAL

ID: 1081927437

CORPORACION UNIVERSIDAD DE
LA COSTA CUC

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 233171909

FID
17:51:05
Hoja 1 de 1

Bogotá DC, 14 de octubre del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS MANUEL SALIMETH CANAVAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081027437,

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones e inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño carecer de antecedentes, se certificarán respectivas anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA. El certificado no corresponde a un documento que contenga los antecedentes e información generada por entidades penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, delitos contra la responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acreditar el sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integrará el registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales competentes. En caso de nombramiento o suscripción de contrato con el estado) es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presenta el aspirante en la página Web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/elprocurador.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 14 de octubre de 2023, a las 18:17:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081927437
Código de Verificación	1081927437231014181750

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO FUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:58:26 PM horas del 14/10/2023 el ciudadano identificado con

Cédula de Ciudadanía N° **1081927437**

Apellidos y Nombres: **SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre, la Corporación

Universidad de la Costa

Con Personería Jurídica No. 352 de Abril de 1971

Por cuanto

Luis Manuel Saumeth Canaval

C.C. N° 1.081.927.437 de Plato

Cursó todas las materias que los Estatutos Universitarios exigen,
le confiere el título de

Ingeniero Civil

Registro Calificado Según Resolución No. 7082 de 11 de Mayo de 2020 y Código SNIES: 1976
Emanado del Ministerio de Educación Nacional

En fe de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, Atlántico
El día 24 de Septiembre de 2021

Presidente Consejo Directivo | Rector | Secretario General

Anotado al folio No. 61 del Libro de Registro de Diplomas No. *LV-SG-4895*

Refrendado en Barranquilla el *24 de Septiembre de 2021*

A-006990

UNIVERSIDAD DE LA COSTA
1970

ACTA DE GRADO No. 008

En Barranquilla, capital del departamento del Atlántico, a **24 de Septiembre de 2021** se reunieron los Directivos de la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA – CUC, con el objeto de otorgar el título de **Ingeniero Civil** al estudiante **Luis Manuel Saumeth Canaval** portador de la CÁdula de Ciudadanía No. **1081927437** de **Plato** a quien se le tomó el juramento de rigor y se hizo entrega del Diploma.

Habiendo aprobado los correspondientes estudios, según consta en los respectivos registros del programa **Ingeniería Civil** y habiendo cumplido los requisitos académicos de grado:
Diplomado De Profundización En Gerencia De Construcción De Obras Públicas De Infraestructura

Por **Registro Calificado Según Resolución No. 7082 de 11 de Mayo de 2020** emanado del MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, después de cumplir con los requisitos exigidos por la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA – CUC, se otorga el título correspondiente.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por el Presidente del Consejo Directivo, Rector y Secretario General.

Presidente Rector Secretario General

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.927.437
SAUMETH CANAVAL

APELLIDOS

LUIS MANUEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1996

PLATO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 A+ M

ESTATURA G S RH SEXO

22-JUL-2014 PLATO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2105200-00640033-M-1081927437-20141112 0041020465A 4 42834500

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa
La Inmaculada Concepción

Plato, Magdalena

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 1050 de 24 de Octubre de 2012,

Confiere a:

Luís Manuel Saumeth Canaval

Identificado con T.I No. 96061519227 de Plato Magdalena

El Título de

Bachiller Técnico
con especialidad Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA INMACULADA CONCEPCIÓN
RECTORÍA

Hna. María Ofelia Pérez Arango
Rectora

Regina Sofía García Núñez
Secretaria Académica

Dado en Plato, Magdalena, a 30 de noviembre de 2013

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

El programa de Ingeniería Civil de la Universidad de la Costa, CUC, certifica que

LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL

CC. 1081927437

Participó en calidad de **ASISTENTE** en la «Jornada Académica aplicada a Vías y Transportes», realizada a los ocho días del mes de Mayo del 2018.



Ing. Claudia Ayala Rueda
Directora del Programa de Ingeniería Civil

aneicuc

UNIVERSIDAD DE LA COSTA

4°SEMINARIO DE VIAS Y TRANSPORTE
RETOS PARA EL DESAROLLO SOSTENIBLE

LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ESTUDIANTES DE INGENIERIA CIVIL DE LA UNIVERSIDAD DE LA COSTA

CERTIFICA QUE

LUIS SAUMETH CANAVAL

C.C 1081927437

Asistió a la jordana de conferencias desarrollada durante el 4° seminario de vias y transportes retos para el desarrollo sostenible

Jesús Remolina Durán
PRESIDENTE ANEICUC

Pedro Romero Leiro
DIRECTOR DE PROGRAMA

aneicuc

UNIVERSIDAD DE LA COSTA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL

Con Tarjeta de Identidad No. 96.061.519.227

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Plato, a los veinte (20) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

8540669 - 20/12/2013
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900338491T196061519227C.

Corporación Universidad de la Costa

Vicerrectoría Académica

Por Medio del Programa de Ingeniería Civil

Confiere el presente Certificado a

Luis Manuel Saumeth Canaval

C.C. N° 1.081.927.437 de Plato

Quien asistió al Diplomado

Profundización de Gerencia de Construcción de Obras Públicas de Infraestructura

y aprobó los módulos del mismo

Con una intensidad de 96 horas

En fe de lo cual se expide el presente Certificado en Barranquilla, a los 4 días del mes de Mayo de 2019

Decano

Director De Programa

Coordinador

NEGOCIOS TERCERIZADOS S.A.S.
WWW.NEGOCIOSTERCERIZADOS.COM

NIT. 900517237-3

A QUIEN INTERESE

CERTIFICAMOS que la siguiente información, corresponde a las caracteristicas contractuales de nuestro trabajador:

Nombre	: SAMNERTH CANAVAL LUIS MANUEL
Cedula	: 1.081.927.487
Cargo	: INSPECTOR DE OBS
Fecha Ingreso	: 11/01/2019
Fecha de Expiracion	: 10/12/2019
Tipo Contrato	: Termino Fijo
Sueldo Basico	: $1.500.000
En Mision	: CONSORCIO PLAYAS DE SALGAR

Se expide el siguiente certificado a peticion del interesado en la fecha: 05 DE FEBRERO DE 2020.

Atentamente,

MARTA LUCIA PELAEZ A.
COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS

República De Colombia
Departamento Del Magdalena
Municipio De Plato
E.S.E. HOSPITAL 7 DE AGOSTO DE PLATO
NIT. N° 819002363-9

LA SUSCRITA COORDINADORA MÉDICO DE LA ESE HOSPITAL 7 DE AGOSTO CERTIFICA QUE:

El Joven **LUIS MANUEL SAMUETH CANAVAL**, Profesional Universitario identificado con **CC N° 1081827437** expedida en Plato Magdalena, realizo PRÁCTICAS relacionadas con: *El Seguimiento de proyecto de trabajo social, acompañamiento de familia y estudio de campo en salud pública*, desde 1 Febrero del 2020 al 28 de febrero del 2022

Se expide la presente por solicitud directa, a los **28** días del mes de **FEBRERO** del **2022.**

Atte.

NIDIA SIERRA PELUFFO
Coordinadora Médica
CC N° 39099107
RM: 475788
Cel. 3215714359

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA CORPORACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA COSTA

Con Personería Jurídica No. 352 de Abril de 1971

Teniendo en cuenta que

Luis Manuel Saumeth Canaval

C.C. Nº 1.081.927.437 de Plato

Cursó y aprobó todas las asignaturas que los Estatutos Universitarios exigen, le confiere el título de

Especialista En Gerencia De Construcción De Obras Públicas De Infraestructura

Resolución de Aprobación No. 2214 del 16 de Febrero de 2021 y código Snies 103795
Emanado del Ministerio de Educación Nacional

En fe de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, Atlántico
El día 28 de Abril de 2023

Presidente Consejo Directivo *Rector* *Secretario General*

Anotado al Folio 7 del libro de registro LV–SG-9448

Refrendado en Barranquilla, 28 de Abril de 2023

A-011932

UNIVERSIDAD DE LA COSTA
1970

ACTA DE GRADO No. 003

En Barranquilla, capital del departamento del Atlántico, a **28 de Abril de 2023** se reunieron los Directivos de la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA – CUC, con el objeto de otorgar el título de **Especialista En Gerencia De Construcción De Obras Públicas De Infraestructura** al estudiante **Luis Manuel Saumeth Canaval** portador de la Cédula de Ciudadanía No. **1081927437** de **Plato** a quien se le tomó el juramento de rigor y se hizo entrega del Diploma.

Habiendo aprobado los correspondientes estudios, según consta en los respectivos registros del programa **Especialización En Gerencia De Construcción De Obras Públicas De Infraestructura** y habiendo cumplido los requisitos académicos de grado:

Por **Resolución de Aprobación No. 2214 del 16 de Febrero de 2021** emanado del MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, después de cumplir con los requisitos exigidos por la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA – CUC, se otorga el título correspondiente.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por el Presidente del Consejo Directivo, Rector y Secretario General.

Presidente

Rector

Secretario General

JBG GESTION DE CONSTRUCCION S.A.S
NIT: 860.505.280-4

CERTIFICA

Que el ingeniero **LUIS MANUEL SAUMETH CANAVAL**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.081.927.437, desempeñó el cargo de **INGENIERO RESIDENTE DE SUPERVISION TECNICA,** desde el 16 de mayo de 2022 hasta la fecha con un contrato de trabajo por obra o labor determinada. Cumpliendo con el mismo de manera satisfactoria.

Se expide la presente certificación, en Barranquilla - Atlántico a los treinta (30) días del mes de mayo de 2023.

Atentamente:

JUAN DAVID ESTRADA RUIZ
C. General.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de julio de 2025, a las 15:50:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081927437
Código de Verificación	1081927437250721155030

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 76.323.568
VERGARA HERRERA

APELLIDOS
ALFONSO MANUEL

NOMBRES

Alfonso Manuel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1975
BUENAVISTA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

23-ABR-1997 BUENAVISTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00244854-M-0076323568-20100715 00227m9750A 1 1640765850

Medellín, 22 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 78323568 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/07/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C802123802520341587

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: 22/07/2025 11.33 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Clase de cotizante	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de solicitante	7. Código
A. Afiliación B. Traslado de Entidad: X	A. Individual Diligenciar a continuación el bloque A: X Diligenciar a continuación el bloque B:	B. Conyugal C. Independiente D. Pensión	A. Contributivo: X B. Subsidiado	01 02: X	A. Cotizante: X B. Cónyuge o compañero(a) permanente C. Beneficiario D. Adulto mayor E. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente: X C. Pensionado	(no diligenciar por la EPS)

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

A. AFILIACIÓN B.

1. Apellidos y nombres			
Vergara	Herrera	Alfonso	Manuel

3. Tipo de documento de identidad	4. Número del documento de identidad	11. Zona biológica	12. Zona identificación	13. Nacionalidad
CC	78.323.568			

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Cotdoba	Colombia	Cordoba	Buenavista	01 04 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene sustento SISBEN	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
		SI / NO: X		SI / NO	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Régimen caso de cotización - ARC	25. Tarifa cotización autónomo
Sura	Proteccion	$	

26. Residencia				
Cll 15 b/s # 17 A-21		3219018158	Vergaraalfonso2037@gmail.com	
Barranquilla	Malambo	Malambo	X	

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

27. Apellidos y nombres					

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Zona biológica	31. Zona identificación	32. Nacionalidad

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

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

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Zona biológica	40. Zona identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
B6							
B7							
B8							
B9							
B10							

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Sexo	45. Consanguinidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene sustento SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Resto Municipio	Centro Poblado	Área Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (no diligenciar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

02. Nombre de la Administradora Previsional de Beneficios con Subsidio (APS)

04. Código de la EPS
(Consultar con la EPS)

1 C
01
02
03
04
05

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

06. Nombre o razón social
Alfonso Manuel Vega via

07. Tipo de documento de identificación CC

08. Número del documento de identificación 78323568

09. Tipo de aportante o pagador de pensiones
(Se registra con la EPS)

10. Dirección Cll 15 bis #179-21

11. Correo electrónico vegaalfonso2037@gma.com

12. Municipio Malambo

13. Departamento B/quilla

VI. REPORTE DE NOVEDADES

66. Tipo de Novedad

1. Identificación de datos básicos en Sisbenización 2. Corrección de datos básicos de identificación 3. Actualización de datos básicos de ubicación 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Reactivación por movilidad entre EPS (Único) 6. Reporte de asignación a Unidad de Cuidado 7. Actualización de características del hogar 8. Retiro por fallecimiento 9. Retiro de la Unidad de Cuidado o solicitud de cambio para otra 10. Terminación de la relación laboral o contractual para trabajadores 11. Inscripción EPS activa al pilo 12. Movilidad a otra entidad solicitada para realizar afiliaciones colectivas 13. Desvinculación dentro de la misma entidad solicitada para realizar afiliaciones colectivas 14. Movilidad A. Régimen Contributivo 15. Movilidad Régimen Subsidiado 16. Traslado A Mismo Régimen 17. Cambio de Régimen 18. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia 19. Reporte de traslado de población al exterior 20. Inscripción de cabeza de Pilo prioritario 21. Retiro de la cabeza de Pilo prioritario 22. Inscripción Cotizante Gestante 23. Retiro de Cotizante Gestante

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

67. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 68. Tipo sanguíneo | 69. Grupo étnico/cultural | 70. Fecha de nacimiento

71. EPS anterior | 72. Fecha de retiro | 73. Motivo de traslado
Código | 74. Caja de Compensación Familiar a Pagadora de prestaciones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

75. Declaraciones del representante autorizado de los beneficiarios y aportantes obligados.
76. Declaro bajo la gravedad de juramento el Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
77. Declaración de veracidad de datos de Fuente mayor al Cero (Verdad) que consiste la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.
78. Declaración de "la inexistencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiario, pensionado o afiliado voluntario en la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Pensiones (UGPP)".
79. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copias de la Historia Clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados relacionados.
80. A diligenciar para que la EPS informe a la entidad que los pensionados de la entidad o de quien de sus afiliados o pagos y de los beneficiarios pensionados que no cumplan la requisitos.
81. Autorización para que la EPS consulte las bases personales del cotizante cabeza de familia y de sus beneficiarios en bases de datos de terceros, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
82. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
83. Autorizo el descuento para vinculación a la cotización familiar y de cuotas moderadoras pagos correspondientes.
84. Autorizo en la actualización cotizante familiar y los datos en Cotizante Gestante, sobre el nacimiento del bebé vigente.

IX. CONTRIBUCIÓN DE LA FAMILIA

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

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

X. FIRMAS

Alfonso Vega via

X. ANEXOS

92. Adjunte copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD PEP
CARNET
TOTAL ANEXOS

93. Copia del diligencia de notificación personal dentro del subsidio otorgado.
94. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial ejecutoriada de unión marital.
95. Copia de la escritura pública o constancia judicial que declara la declaración de existencia y sentencia pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la terminación de la unión marital.
96. Copia del certificado de defunción o acta de defunción del cónyuge.
97. Copia de la orden judicial o del acta correspondiente de custodia.
98. Documento en que conste la petición de la nueva persona, con certificado de defunción de los padres y declaración de voluntad con el cotizante bajo la gravedad de juramento.
99. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, numeral 4 y 5 de artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
100. Constancia de vinculación dentro de la entidad, en la cual se cese realizar afiliaciones colectivas.
101. Copia del acta de nacimiento vivo o prueba idónea de que trata el artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 que acredite la calidad de beneficiario o su cambio, la cotización de oficio.

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

102. Nombre de la Entidad Territorial | 103. Nombre de la Institución

Código del municipio | Código del departamento

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

104. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 105. Firma del funcionario

106. Fecha de radicación | 107. Fecha de validación | OBSERVACIONES

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012, el titular autoriza la veracidad de la información registrada y de los documentos relacionados en el anexo VII del formulario.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

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?	✓	
¿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?	✓	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	✓	

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

Firma del Afiliado: Alfonso Vargara

Nombres y Apellidos: Alfonso Manuel Vargara Identificación: 78323568

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con 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

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Identificación:

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable 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 hace 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, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL** identificado(a) con **CC** número **78.323.568** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

GOLD MEDIC CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO IPS SAS
NIT. 901.340.102-1
Carrera 9 N° 14 123 Barrio Carvajal - Cels. 318 523 5825 - 316 694 1609
E-mail. goldmedic.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.514

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

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
WRUSSY INGENIEROS SAS	WRUSSY INGENIEROS SAS

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL	MASCULINO	50 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS	Tipo: CC	Número: 78323568

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON TSA	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL- TRIGLICERIDOS - GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VP	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION: SOBREPESO		DIETA BALANCEADA
MEDICINA GENERAL: HIPERLIPIDEMIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: AGUIRRE FORERO GOLDY CAROLINA

R. M.: 16497 **L.S.O.:** 21828

Código de Seguridad
I873O1U13514

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL

CC: 78323568

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA
No. Identificación: CC78323568
Dirección: CR 15 22 A 33 BRR LA INDEPENDENCIA
Telefono: 4111513
Correo: hseq@wrussyingenieros.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387854271

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA
Tipo y número de identificación	CC78323568
Número de planilla	8387854271
Fecha pago	2025-07-08
Número de autorización pago	87854271
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2025
Número de Administradoras	2
Total Pagado	405800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178000	1

8387854271

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 78323568
APELLIDOS Y NOMBRES: ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:50:03 PM horas del 21/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1081927437**
Apellidos y Nombres: **SAUMETH CANAVAL LUIS MANUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	INDOFICINA	INDOFICINA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	Y	16/07/2025	88232173	$203.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	203.500				203.500	0	0	203.500			2.035	203.500	2

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	203.500	203.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	203.500	203.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901109885-1	WRUSSY INGENIEROS SAS		CALE 8 F N 79 94	4111513	INGWILVER@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	INDOFICINA	INDOFICINA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	Y	16/07/2025	88232173	$203.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019015410	SUAREZ GUERRERO CARLOS EDUARDO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	78323568	VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.500.000	5	104.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:40:21 AM horas del 19/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **78323568**
Apellidos y Nombres: **VERGARA HERRERA ALFONSO MANUEL**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 19 de julio de 2025, a las 09:42:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	78323568
Código de Verificación	78323568250719094202

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Datos del ciudadano

Señor(a) ALFONSO MANUEL VERGARA HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 78323568.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: sábado, julio 19, 2025 - Hora de consulta: 09:42:33

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
Privacidad - Términos

OTRAS ENTIDADES

Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia
Código Postal: 11032
Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua
Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.474.678

GARCIA ARENILLA

APELLIDOS

AUGUSTO ALFONSO

NOMBRES

augusto garcia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1988**

TALAIGUA NUEVO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-2009 TALAIGUA NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0511000-00217013-M-1002474678-20100222 **0021**156593A 1 29913284

Medellín, 28 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002474678	GARCIA ARENILLA AUGUSTO ALFONSO	29/07/2025		154So146	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 28/07/2025 10:06:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

Garcia | Alemilla | 1.002.939.678 | Augusto | Alfonso | 28 02 1988

Fonseca | $1.923.900 | Barranquilla | X | Suba B/Alemilla

Barranquilla | Atlantico | 3228539417 | hsqlcivilingenieros.com

WR Ingeniería y Construcción | X 900702141

Cll 8F # 89-99 | Bogotá | Bogotá | 4111513 | 3228539417 | hsqlcivilingenieros.com

X

29 09 2025

Alfonso Garcia

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto.

Yo Augusto Alfonso Garcia Arevilca
identificado(a) con 1.002.479.678 de Tatacoa

3228547417
hospitalistaingenieros.com

Autorizaciones

Aviso de privacidad

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.863

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA ARENILLA AUGUSTO ALFONSO	MASCULINO	37 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1002474678 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

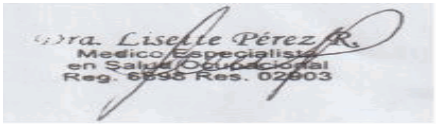
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USO DE LENTES OSCUROS PARA PROTEGER DE POLVO Y SOL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE LIPIDOS	SVE AUDITIVO	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
Y639E1K55863

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: GARCIA ARENILLA AUGUSTO ALFONSO

CC: 1002474678

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de julio de 2025, a las 09:51:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002474678
Código de Verificación	1002474678250728095119

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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:

AUGUSTO ALFONSO GARCIA ARENILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.474.678**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:50:49 AM horas del 28/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002474678**
Apellidos y Nombres: **GARCIA ARENILLA AUGUSTO ALFONSO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277204342

PIB
09:52:14

Bogotá DC, 28 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) AUGUSTO ALFONSO GARCIA ARENILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002474678:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 77.155.447
ARGOTE RAUDALES
APELLIDOS
DAVID
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1972
URUMITA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-SEP-1990 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

Medellín, 21 de Abril 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000193 - ICA MAGDALENA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C77155447	ARGOTE RAUDALES DAVID	10/12/2024		42511841	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802511128345

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 21/04/2025 07:52:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION	CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ICA MAGDALENA / ICA MAGD	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87128968	$881.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	198.200				198.200	0	0	198.200			1.982	198.200	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF33	Caja Fliar Magdalena	891780093-3	114.000	0	0	114.000	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	114.000
Pensión	2	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	198.200	198.200
CCF	1	114.000	114.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	881.800	881.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ICA MAGDALENA	ICA MAGD	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87128968	$881.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	13643682	RAMIREZ VASQUEZ EFRAIN	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF33	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	77155447	ARGOTE RAUDALES DAVID	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC33	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF33	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900472223-8
Direccion . Kra 8 Nº 2-02
Cel 3003681345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rvs SO 01760

Identificacion	77.155.447

Nombre del Paciente: **DAVID ARGOTER RAUDALES**

Empresa: **WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
MASCULINO	52AÑOS	UNION LIBRE	PRIMARIA COMPLETA	FUNDACION-Mag	9/12/2024
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:			CONTRATO
CARGO	OFICIAL DE OBRA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restricciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

ALTURAS	X
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PARA TRABAJO EN ALTURAS. VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, HDL, LDL), GLICEMIA, HEMOGRAMA

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (la) doctor(a) arriba mencionado(a), atender en mi el examen medico y/o paraclinico (especialidad), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado claramente la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico (especialidad). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar, preguntar, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico (especialidad), a partir de la especificidad antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de estos pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara estos examen(es). Fui informado de las medidas que tomara VIGIAMOS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(s) examen(es) estan completas y son verdicas. Autoriz o a VIGIAMOS SALUD IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en esta discusion ya para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE

DAVID ARGOTE 77155447

MILEDHYS MORENO MOSQUERA — RM:2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Paciente o Responsable

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

DAVID ARGOTE RAUDALES

Con identificación Nº. *77155447*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 8 horas realizadas en Bogotá

El 19 de abril de 2025 hasta el día 19 de abril de 2025

Empresa que remite al trabajador: WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS
NIT 900702141-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador SURA
Representante Legal SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA
Sector Económico: CONSTRUCCION

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de abril de 2025

JUAN CARLOS GUACANEME
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° de Licencia *36 -0937 DE 2018*

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:29:34 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **77155447**
Apellidos y Nombres: **ARGOTE RAUDALES DAVID**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:30:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	77155447
Código de Verificación	77155447250707083008

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.643.682**

RAMIREZ VASQUEZ

APELLIDOS

EFRAIN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1963**

SAN VICENTE DE CHUCURI
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-NOV-1981 SAN VICENTE DE CHUCURI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2700100-00159610-M-0013643682-20090519 **0012**648926A 1 6900032512

Medellín, 21 de Abril 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000193 - ICA MAGDALENA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C13643682	RAMIREZ VASQUEZ EFRAIN	10/01/2025		219b1671	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802511132369

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 21/04/2025 08:59:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION	CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ICA MAGDALENA / ICA MAGD	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87128968	$881.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	198.200				198.200	0	0	198.200			1.982	198.200	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF33	Caja Fliar Magdalena	891780093-3	114.000	0	0	114.000	2

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	114.000
Pensión	2	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	198.200	198.200
CCF	1	114.000	114.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	881.800	881.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ICA MAGDALENA	ICA MAGD	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87128968	$881.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	13643682	RAMIREZ VASQUEZ EFRAIN	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF33	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	77155447	ARGOTE RAUDALES DAVID	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	CCFC33	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF33	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **EFRAIN** Apellidos: **RAMIREZ VASQUEZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3105879461



Dirección: CRA 13 N. 50-22 cc 13643682 G.S RH: O+

Genero **Masculino☒ Femenino ☐**

Fecha de nacimiento 09/08/1963

Edad en años: 62

EPS: COOSALUD

ARL: SURA AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X

Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X

Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:32:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	13643682
Código de Verificación	13643682250707083241

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.694.789

QUIROGA RAMIREZ

APELLIDOS

ELKIN FERNEY

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1990**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-NOV-2008 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2700100-00157743-M-1098694789-20090528 0011882903A 1 26986995

Medellín, 21 de Abril 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - CAQUETA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1098694789	QUIROGA RAMIREZ ELKIN FERNEY	02/01/2025		fFv17E22	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802511134986

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 21/04/2025 09:43:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	243.000	0	0	0	0	0	0		243.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	691.000	0	0	0	0	0	0		691.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	406.500				406.500	0	0	406.500			4.065	406.500	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF13	Comfaca	891190047-2	252.800	0	0	252.800	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	233.700	233.700
Pensión	2	934.000	934.000
Riesgos Laborales	1	406.500	406.500
CCF	1	252.800	252.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.827.000	1.827.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1045681049	GUERRERO JIMENEZ ROGELIO ENRIQUE	1	0			S		X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF13	284.700	11.400	0	0	0	0	0
2	CC	1047218465	LOPEZ JARAMILLO WILSON ALFONSO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1098694789	QUIROGA RAMIREZ ELKIN FERNEY	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1134183545	GUERRERO GOMEZ JOSE MARIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	8572227	PEREZ FERRER JUAN MIGUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	86070716	CABEZAS RIVAS EDUIN ANDREZ	1	0			S		X															230201	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS002	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF13	334.048	13.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **ELKIN FERNEY** Apellidos: **QUIROGA RAMIREZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3154942192



Dirección: CRA 29- 86N 41 cc :1098694789 G.S RH: O+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: COOSALUD EPS	
Masculino☒ Femenino ☐	10/09/1990	34	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Resolución 4272 de 2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código C022.00797 del 05 de Julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

ELKIN FERNEY QUIROGA RAMIEZ

Con identificación Nº. **1098694789**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272**
EN TRABAJO EN ALTURAS
Con una intensidad horaria de **8** horas realizadas en Bogotá
Desde **19 de abril de 2025** hasta el día **19 de abril de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS**

NIT **900702141-8**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **SURA**

Representante Legal **SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **19 de abril de 2025**

JUAN CARLOS GUACANEME G.
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en ALTURAS
N° **de Licencia** ***36 -0937 DE 2018***

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:34:47 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1098694789**
Apellidos y Nombres: **QUIROGA RAMIREZ ELKIN FERNEY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:35:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098694789
Código de Verificación	1098694789250707083507

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.007.119.769**

SANDOVAL VARELA

APELLIDOS

JAIDER ANDRES

NOMBRES

Jaider Sandoval

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-2003**

SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

05-AGO-2021 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0305250-0126-1339-M-1007119769-20211109 0076203023A 1 8502587509

Powered by CamScanner

Medellín, 30 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007119769	SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES	31/07/2025		t1591411	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802521151227

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/07/2025 14:13:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

		X		X							X
X				X							
Sandoval		Varela			Jaider		Andres				
X		1.007.119.769			X		28 06 2003				
										Sura	
protección		$1'923.500			Barranquilla		X			8/9/2021	
Barranquilla	Atlántico				3228549919		hsqsewross@ingenieros.com				

WR Ingeniería y Construcción					X	900302141					
Cll 35F # 79-94			Bogotá		Bogotá		4111513	3228549919	hsqsewross@ingenieros.com		

Jaider Sandoval

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

Autorización de mensajes de texto.

Jaider Andres Sandoval Varela
1007119769 Soledad

X

3228547917
hseqcontrol54@gmail.com

✓

Autorizaciones

Aviso de privacidad

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.007.119.769** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de marzo de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:32:17 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **13643682**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ VASQUEZ EFRAIN**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.756

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC	1007119769
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS
R. M.: 23959 L.S.O.: 1168
CC.: 8648533

Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad
V639B1H55756

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES

CC: 1007119769

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:55:40 AM horas del 24/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1007119769**
Apellidos y Nombres: **SANDOVAL VARELA JAIDER ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de julio de 2025, a las 09:56:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007119769
Código de Verificación	1007119769250724095609

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Datos del ciudadano

Señor(a) JAIDER ANDRES SANDOVAL VARELA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1007119769.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, julio 24, 2025 - Hora de consulta: 09:58:18

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1
Privacidad - Términos
Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

OTRAS ENTIDADES

Procuraduría General de la Nación

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.719.047

RAMIREZ ARGUELLO

APELLIDOS

JOHN EDWING

NOMBRES

JHON E. RAMIREZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAY-1990**

SAN VICENTE DE CHUCURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAY-2008 SAN VICENTE DE CHUCURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2719300-00152838-M-1102719047-20090318 **0010**377206A 1 24027134

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 19 de mayo de 2025

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

CERTIFICA:

Que JOHN EDWING RAMIREZ AGUDELO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1102719047 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS N900702141

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000193 - ICA MAGDALENA

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C802123802513941939

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: 19/05/2025 11.38 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOHN EDWING RAMIREZ ARGUELLO
No. Identificación: CC1102719047
Dirección: CLL 8F#79-94
Telefono: 4111513
Correo: HSEQ@WRUSSYINGENIEROS.COM
Ciudad: BUENAVENTURA
Número de Planilla: 8387251877

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOHN EDWING RAMIREZ ARGUELLO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1102719047	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2025
Número de planilla	8387251877	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2025
Fecha pago	2025-06-11	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	1000000024	**Total Pagado**	405800
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	227800	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	178000	1

8387251877

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1102719047
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHN EDWING RAMIREZ ARGUELLO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
ESSC24	230301	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION	CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	INDEPENDIENTE	IND	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	Y	10/06/2025	87129175	$198.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	198.200				198.200	0	0	198.200			1.982	198.200	2

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	198.200	198.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	198.200	198.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	INDEPENDIENTE	IND	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	Y	10/06/2025	87129175	$198.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1102719047	RAMIREZ ARGUELLO JOHN EDWING	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	79238174	SUAREZ FORERO CARLOS ARTURO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0		0	0	14-11	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **JOHN EDWING**		Apellidos: **RAMIREZ ARGUELLO**	
Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141**		Celular: 320 4131205	
Dirección: Carrera 100 #24D - 14	cc :1102719047	G.S RH: O+	
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 05/11/1990	Edad en años: 35	EPS: COOSALUD EPS ARL: SURA AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	MAESTRO	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

JOHN EDWING RAMIREZ ARGUELLO

Con identificación Nº. *1102719047*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 8 horas realizadas en Bogotá

El 19 de abril de 2025 hasta el día 19 de abril de 2025

Empresa que remite al trabajador: WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS
NIT 900702141-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador SURA
Representante Legal SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA
Sector Económico: CONSTRUCCION

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de abril de 2025

JUAN CARLOS GUACANEME
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia *36 -0937 DE 2018***

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:24:57 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1102719047**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ ARGUELLO JOHN EDWING**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:25:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1102719047
Código de Verificación	1102719047250707082542

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.048.273.484**



Apellidos
GLEN JARABA

Nombres
JOEL ANDRES

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.76	M

Fecha de nacimiento
14 JUN 2006

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
MALAMBO (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
31 JUL 2024, MALAMBO

Firma
Joel Andres

Fecha de expiración
01 AGO 2034

051657288

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL051657288603022<<<<<<<<<<<
0606147M3408010COL1048273484<4
GLEN<JARABA<<JOEL<ANDRES<<<<<<

Powered by CamScanner

Medellín, 05 de Agosto 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1048273484	GLEN JARABA JOEL ANDRES	05/08/2025		22820258	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802521737961

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 05/08/2025 10:32:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.44, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Código (a asignar por la EPS)

II. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Olen	Segundo apellido: Jaraba	Primer nombre: Joel	Segundo nombre: Andres
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1.048.273.484	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 14 06 2006

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Condición	13. Pueblo Indígena	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	$1423.500

18. Residencia				
Municipio/Distrito: Barranquilla Barranquilla	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	3205621570 Localidad/Comuna	joelglen@hotmail.com	Departamento: Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo			Condición	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Wr Ingenieria y Consultores	NIT	900.702.141	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 8F #79-94	4111513	hoeg@wrcsingenieros.com	Bogota	Bogota

F1805-RNA V.1.0-2018

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

II. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

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

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES:

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

FSSS-RIVA V1.0-2016

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:

JOEL ANDRES GLEN JARABA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.048.273.484**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Agosto 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.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.196

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GLEN JARABA JOEL ANDRES	MASCULINO	19 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1048273484 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Firma: Dra. Lisette Pérez R. Medico Especialista en Salud Ocupacional Reg. 6698 Res. 02003

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
R639X1D56196

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GLEN JARABA JOEL ANDRES

CC: 1048273484

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:19:21 PM horas del 01/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1048273484**
Apellidos y Nombres: **GLEN JARABA JOEL ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277621622

PIB
17:20:30

Bogotá DC, 01 de agosto del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOEL ANDRES GLEN JARABA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1048273484:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 01 de agosto de 2025, a las 17:19:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1048273484
Código de Verificación	1048273484250801171944

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 8.788.177

DE LA CRUZ PEREZ

APELLIDOS

JORGE ANTONIO

NOMBRES

Jorge de la cruz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
27-SEP-1978

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-NOV-1996 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0300150-00847024 M-0008785177-20160926 0050064732A 1 3353902842

Medellín, 22 de july de 2025

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

CERTIFICA:

Que JORGE ANTONIO DE LA CRUZ PEREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 8788177 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/07/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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

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

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

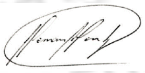
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

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

null

VIGILADO

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: 22/07/2025 11.14 AM

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

1. Tipo de Afiliado: 4
2. Régimen de Afiliación: X
3. Clase de Afiliado: 1. Cotizante X
4. Ocupación: 2. Cabeza de Familia X
5. Tipo de Afiliación: 1. Individual X
6. Parentesco: 2. Cónyuge X
7. Código

A. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y Nombres			
De la Cruz	Perez	Jorge	Antonio
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

2. Tipo de Documento de Identificación	3. No. de Documento de Identificación	4. Sexo	5. Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Nro. de Hijos
CC	8.788.777	M X	27 09 1939	Soltero	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

1. Etnia	2. Ocupación	3. Nivel Educativo	4. Régimen Anterior

5. Dirección de Residencia	6. Departamento de Residencia	7. Municipio de Residencia
Cll 37 # 46-60	Atlantico	Barranquilla

8. Barrio	9. Teléfono	10. Zona de Residencia
B/ avila	3012440482	U X R

11. Correo Electrónico	12. País de Residencia
hseljecuinsyingenieros.com	Colombia

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

	1. Apellidos y Nombres				2. Tipo de Documento de Identidad	3. No. de Documento de Identidad	4. Sexo	5. Fecha de Nacimiento	6. Parentesco
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre					
01									
02									
03									
04									
05									

Datos Complementarios

	7. Etnia	8. Ocupación	9. Nivel Educativo	10. Régimen Anterior	11. Zona de Residencia	12. Municipio de Residencia (Para afiliados del régimen subsidiado y los considerados por la UPC)
01						
02						
03						
04						
05						

	13. Tipo de Afiliado	Parentesco	Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono	Ciudad
01						
02						
03						
04						
05						

Información de la IPS Primaria

	14. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)	Código de la IPS (Asignado por la ADRES)
01		
02		
03		
04		

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

1. Nombre o Razón Social	2. Tipo de Documento de Identificación	3. Número de Identificación	4. Dígito de Verificación (DV)	5. Tipo de Aportante
Jorge Antonio de la Cruz	CC	8788777		

6. Dirección	7. Teléfono	8. Correo Electrónico	9. Departamento	10. Municipio
Cll 37 # 46-60	3012440482	hseljecuinsyingenieros.com	Barranquilla	Atlantico

II. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **8.788.177** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.667

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO	MASCULINO	46 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	8788177 (Número)

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

D639J1P55667

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO

CC: 8788177

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:46:46 AM horas del 22/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8788177**
Apellidos y Nombres: **DE LA CRUZ PEREZ JORGE ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de julio de 2025, a las 11:47:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8788177
Código de Verificación	8788177250722114712

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.506.884**

SANDOVAL BARROS

APELLIDOS

JORGE LUIS

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1978**

SOLEDAD
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-1997 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0305200-00249478-M-0008506884-20100810 **0023**379206A 1 3400731387

Powered by CamScanner

Medellín, 30 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C8506884	SANDOVAL BARROS JORGE LUIS	31/07/2025		c2151817	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802521151197

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/07/2025 14:13:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(página 1)

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. de radicación	Fecha de radicación (D M M A A A)

(Marque con X la casilla que identifique la opción. Si el formulario aplica para dos o más grupos familiares, diligencie un formulario por cada grupo familiar.)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen
A. Afiliación: X — B. Traslado entre EPS:	A. Cotizante: — B. Beneficiario: — C. Adicional: — D. Pensionado: — E. Independiente o Cotizante con tarifa especial o Afiliado Voluntario: X	A. Contributivo: X — B. Subsidiado:

4. Novedades aplicables	5. Tipo de Cotizante	6. Ingreso Base de Cotización
A. Ninguna: X — B. Cambio de categoría: — C. Corrección:	A. Dependiente: X — B. Independiente: — C. Pensionado:	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o causante de la pensión)

7. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: Sandoval	Segundo apellido: Barros	Primer nombre: Jorge	Segundo nombre: Luis

8. Tipo de documento de identidad	9. No. de documento de identidad	10. Sexo	11. Fecha de nacimiento	Nombre único	12. Parentesco
CC	8.506.684	Femenino: — Masculino: X	1 1 0 9 1 8 (D D M M A A)	Soltero	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. NUIP	14. No. de Pasaporte	15. Fecha de expedición	16. Departamento de nacimiento

17. Primer apellido del cónyuge, compañero(a) o padre/madre	18. Primer nombre del cónyuge, compañero(a) o padre/madre	19. Ingreso mensual
Sala	Ponerw	$1.123.500

20. Dirección de residencia	21. Teléfono	22. Departamento	23. Ciudad/Municipio	24. Zona: Urbana / Rural
Cra 9 # 20-10	3228547917	Barranquilla	Barranquilla	X

25. Correo electrónico	26. País de residencia	27. Fecha de traslado a la EPS (D D M M A A)
hsegeswarrosmineros.com	Atlantico	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

29. Tipo de documento de identidad	30. Número de documento de identidad	31. Sexo: Femenino / Masculino	32. Fecha de nacimiento (D D M M A A)	33. Parentesco

34. Municipio de residencia	35. Zona de residencia: Rural / Urbana	36. Departamento	37. Código de la ARL a la que está afiliado (si aplica)	38. Teléfono	39. Correo

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

	40. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				

	41. Tipo de documento de identidad	42. Número de documento de identidad	43. Sexo		44. Fecha de nacimiento (D D M M A A)
			Femenino	Masculino	
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					

Datos Complementarios

	45. Parentesco	46. Código	47. Condición del beneficiario			48. Código de la EPS a la que se encuentra afiliado actualmente (si aplica)
			Tipo		Condición	
			I	II	III	IV	V	
a)								
b)								
c)								
d)								
e)								

	49. Fecha de nacimiento	Sexo		50. Nombre del cónyuge	51. Tipo de documento de identidad	52. Número de documento de identidad	53. Ocupación
		F	M				
a)							
b)							
c)							
d)							
e)							

Información de la IPS Primaria

54. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	55. Código (Diligencia por la Entidad Promotora de Salud - EPS)
a)	
b)	
c)	
d)	

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

56. Razón social o apellidos y nombres	57. NIT o No. de identificación	58. Número de Radicación de la Solicitud	59. Fecha de radicación o recepción de la solicitud (D D M M A A)
WR Ingeniería y Construcción	Nit	900702141	

60. Dirección	61. Teléfono	62. Correo electrónico	63. Departamento	64. Municipio
Cll 8F # 79-94	4111513	hsegeswarrosmineros.com	Bogotá	Bogotá

5. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

Jorge Sandoval

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:

JORGE LUIS SANDOVAL BARROS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.506.884**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.767

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANDOVAL BARRIOS JORGE LUIS	MASCULINO	46 AÑOS 9 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	8506884 (Número)

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

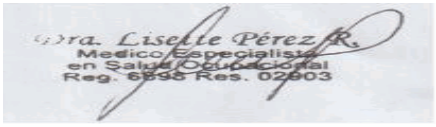
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PUEDE LEVANTAR PESO HASTA 20 KILOS

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
D639J1P55767

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: SANDOVAL BARRIOS JORGE LUIS

CC: 8506884

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:46:59 AM horas del 24/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8506884**
Apellidos y Nombres: **SANDOVAL BARROS JORGE LUIS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de julio de 2025, a las 09:47:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8506884
Código de Verificación	8506884250724094737

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:49:59 AM horas del 24/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1234888910**
Apellidos y Nombres: SANDOVAL VARELA JORGE LUIS

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Datos del ciudadano

Señor(a) JORGE LUIS SANDOVAL BARROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 8506884.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, julio 24, 2025 - Hora de consulta: 09:52:29

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1
Privacidad - Términos
Por Robert Pineda, para CDI Software, 2013

OTRAS ENTIDADES

Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.234.888.910**

SANDOVAL VARELA

APELLIDOS

JORGE LUIS

NOMBRES

Jorge Sandoval

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1998**

SOLEDAD
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-MAR-2016 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0305250-00920221-M-1234888910-20170713 0056282743G 2 44635410

Powered by CamScanner

Medellín, 30 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1234888910	SANDOVAL VARELA JORGE LUIS	31/07/2025		1281jy21	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802521151257

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/07/2025 14:14:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS | Cajacopi

Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
Sandoval	Varela	Jorge	Luis
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identificación	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	11. País de nacimiento
CC	1.234.888.910	M X F	01 03 1966	Soltero

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

15. Raza	16. Grupo étnico	17. Lengua materna
Sura	Poveny	$1.923.500

18. Dirección de residencia	19. Municipio de residencia	20. Teléfono	21. Correo electrónico
Cra 52 # 84-20	Barranquilla	3226547913	Ingeconss4ingenieros.com

22. Área de residencia	23. Zona	24. Departamento de residencia	25. País de residencia
Barranquilla	Urbana X Rural	Barranquilla	Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

27. Tipo de documento de identidad	28. Número de documento de identificación	29. Sexo	30. Fecha de nacimiento	31. País de nacimiento	32. Parentesco
		M F			

Hijos y demás declarados en la autoliquidación del Sistema General de Seguridad Social

33. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01			
02			
03			
04			
05			

34. Tipo de documento de identidad	35. Número de documento de identificación	36. Sexo		37. Fecha de nacimiento
		M	F	
01				
02				
03				
04				
05				

Hijos discapacitados mayores de 25 años

38. Parentesco	39. Sexo	40. Discapacidad (Marque con una X)			41. Fecha de estructuración de la discapacidad (aaaa/mm/dd)
		Tipo			
		I	S	M	
01					
02					
03					
04					
05					

42. Primer nombre	43. Sexo	44. Fecha de nacimiento	45. Segundo nombre	46. Primer apellido	47. Segundo apellido
01					
02					
03					
04					
05					

Beneficiarios de la pensión

48. Nombre completo del beneficiario de la pensión	49. Código de la EPS a la cual pertenece el beneficiario de la pensión
1	
2	
3	
4	

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

50. Nombre o razón social	51. Número de identificación tributaria	52. Tipo de aportante o empleador pensionado
DR Ingeniería y Construcción	NIT 900902747	

53. Dirección	54. Teléfono	55. Correo electrónico	56. Código de actividad económica	57. Código de sucursal
Cll 8F # 70-94	4111513	Ingeconss4ingenieros.com	Bogotá	Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

Jorge Sandoval

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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:

JORGE LUIS SANDOVAL VARELA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.234.888.910**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio 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.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.757

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANDOVAL VARELA JORGE LUIS	MASCULINO	27 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1234888910 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS
R. M.: 23959 L.S.O.: 1168
CC.: 8648533

Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad
Y639E1K55757

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANDOVAL VARELA JORGE LUIS

CC: 1234888910

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de julio de 2025, a las 09:50:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1234888910
Código de Verificación	1234888910250724095029

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Datos del ciudadano

Señor(a) JORGE LUIS SANDOVAL VARELA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1234888910.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, julio 24, 2025 - Hora de consulta: 09:54:41

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Privacidad - Términos

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

OTRAS ENTIDADES

CONTRALORÍA

CONTADURÍA

AUDITORÍA

FISCALIA

GOBIERNO DIGITAL

Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 85.442.184

RAMOS GARCIA

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-1975**

SAN MARTIN DE LOBA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S RH	SEXO

16-MAY-1995 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0300150-00047502-M-0085442184-20080814 **00020**81131A 1 3280011220

Medellín, 28 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C85442184	RAMOS GARCIA JOSE LUIS	29/07/2025		b2139317	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 28/07/2025 10:08:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(ORIGINAL: E.P.S.) – 1a. COPIA: OPERADOR O ENTE TERRITORIAL –

mutualser

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y RADICACIÓN DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Los datos consignados aquí se entenderán dictados al Titular bajo gravedad de juramento

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Cotizante: A. Afiliación [ ] B. Traslado de Administradora [X]

2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [ ] B. Beneficiario [ ]

3. Actividad: C. Independiente [ ] Cotizante en Calidad de Familiar dependiente o Afiliado adicional [X] D. Ser Afiliado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Dependiente [X] B. Pensionado [ ] C. Independiente [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

6. Régimen: A. Convencional [X] B. Subsidiado [ ]

Código (si requiere novedad) [ ]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante o afiliado (Titular)

A. APELLIDOS

8. Apellidos y Nombres: Ramos Garcia Jose Luis

7. Tipo de Documento de Identidad: CC

9. Número del documento de identidad: 85 992.184

10. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

11. Fecha de nacimiento: 18/09/1975

12. País: [ ] 13. Departamento: [ ] Código [ ] 14. Municipio: [ ] 15. Zona Residencial: [ ]

16. Dirección de residencia: Barranquilla

17. Teléfono: 3128597491

18. Correo electrónico: [illegible]@hotmail.com

19. Departamento: Barranquilla 20. Municipio/Ciudad: Barranquilla 21. Zona: Urbana [X] Rural [ ] 22. Localidad/Comuna: [ ] 23. Barrio: Atlantico

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del beneficiario (Para el caso de afiliados adicionales o beneficiarios)

24. Apellidos y Nombres

25. Tipo de Documento de Identidad: [ ] 26. Número del documento de identidad: [ ] 27. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] 28. Fecha de nacimiento: [ ]

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

	29. Apellidos y nombres (Primer apellido)	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	30. Tipo de documento de identidad	31. Número del documento de identidad	32. Sexo: Femenino	Masculino	33. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	34. Parentesco	35. Sexo	36. Discapacidad	Tipo			Cotizante	
				I	M	M	I	II
01								
02								
03								
04								
05								

	37. Cabecera de residencia (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana	Rural	Países Extranjero	Territorios Indígenas	38. Valor de la UPC del cotizante o afiliado asignado por la EPS
01						
02						
03						
04						
05						

Información de la EPS Primaria

	39. Nombre de la entidad a la Promotora de Servicios de Salud - EPS	Código de la EPS (asignado por la ADRES)
a		
b		
c		
d		
e		
f		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O ENTIDAD APORTANTE (SOLO PARA EL PAGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN)

40. Razón Social o Apellidos y Nombres: Wil Ingeniería y Construcción

41. Tipo de Documento de Identificación: NIT

42. Número de Identificación: 900702142

43. Tipo de Aportante: Empleador

44. Dirección: Cl 87 #49-41

45. Teléfono: 4111513

46. Correo electrónico: [illegible]@hotmail.com

47. Municipio: Bogotá

48. Departamento: Bogotá

– 2a. COPIA: AFILIADO –

-ORIGINAL: E.P.S.- -1c. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL-

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identidad.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la relación laboral con la EPS. Código
- 6. Reincorporación en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 9. Retiro cuando no cumple condiciones como cotizante.
- 10. Terminación de relación laboral o contractual con pensión.
- 11. Traslado a una mejor autoridad para calificar pérdida de capacidad laboral.
- 12. Terminación de una entidad adaptada para recibir afiliados trasladados.
- 13. Movilidad: 6. Régimen Contributivo. 7. Régimen Subsidiado.
- 14. Traslado: 4. Otros Regímenes. 8. Otro de los Regímenes.
- 15. Retiro de Beneficiarios.
- 16. Retiro del Régimen Especial o Especial de Excepción.
- 17. Retiro de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Retiro de la calidad de Pensionado.

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 29 07 2025
43. EPS anterior		44. Motivo de retiro Código	45. Caja de Compensación Familiar a la Cual se Encuentra Afiliado	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 48. Declaración de veracidad de números de fax(es) y correo(s) electrónico(s) para recibir la entrega de los documentos que conforman la Unidad de Servicios de Salud.
- 49. Declaración de no información previa al cotizante, cónyuge/compañero(a) permanente, padres o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS acceda y descargue copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y/o sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- 52. Autorización para que la EPS transmita los datos personales del cotizante y demás beneficiarios o afiliados adicionales, incluyendo los datos sensibles, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información del cotizante y beneficiarios o afiliados adicionales a entidades públicas o privadas con fines estadísticos.

VIII. FIRMAS

Jose Luis Zulmo

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El representante legal o apoderado de la empresa o entidad empleadora

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: cantidad: Total:
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad, salvo de considerarse a menor por sentencia judicial que declare la interdicción.
- 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, el certificado de defunción de los padres o la sentencia judicial por el cual se declare la ausencia de los dos padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para recaudar afiliados como cotizantes.
- 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de pensionado o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que recibió la validación

Tipo Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Manifiesto que con la firma del formulario se autoriza la verificación de la información suministrada en la base de datos del sistema de información del Fosyga.

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:

JOSE LUIS RAMOS GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.442.184**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.862

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RAMOS GARCIA JOSE LUIS	MASCULINO	49 AÑOS 10 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	85442184 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

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

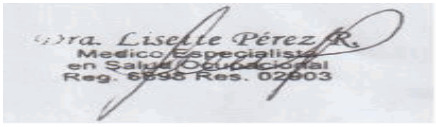
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES OSCUROS PARA PROTEGER DE POLVO Y SOL.
CONTROL DE LIPIDOS POR SU EPS

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

Médico

Firma:



Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad

X639D1J55862

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: RAMOS GARCIA JOSE LUIS

CC: 85442184

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:53:17 AM horas del 28/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **85442184**
Apellidos y Nombres: **RAMOS GARCIA JOSE LUIS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de julio de 2025, a las 09:53:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	85442184
Código de Verificación	85442184250728095346

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277204575

PIB
09:54:04

Bogotá DC, 28 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE LUIS RAMOS GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 85442184:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.134.183.545

Apellidos
GUERRERO GOMEZ

Nombres
JOSE MARIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.71	M

Fecha de nacimiento
05 MAR 1998

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
19 FEB 2018, RIOHACHA

Fecha de expiración
18 NOV 2033

Firma
Josemario Guerrero G.


.00
0350681123
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0350681236480O1<<<<<<<<<<<
9803053M3311189COL1134183545<2
GUERRERO<GOMEZ<<JOSE<MARIO<<<<

Medellín, 21 de Abril 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - CAQUETA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1134183545	GUERRERO GOMEZ JOSE MARIO	02/01/2025		20624126	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802511134214

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 21/04/2025 09:30:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	243.000	0	0	0	0	0	0		243.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	691.000	0	0	0	0	0	0		691.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	406.500				406.500	0	0	406.500			4.065	406.500	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF13	Comfaca	891190047-2	252.800	0	0	252.800	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	233.700	233.700
Pensión	2	934.000	934.000
Riesgos Laborales	1	406.500	406.500
CCF	1	252.800	252.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.827.000	1.827.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1045681049	GUERRERO JIMENEZ ROGELIO ENRIQUE	1	0			S		X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF13	284.700	11.400	0	0	0	0	0
2	CC	1047218465	LOPEZ JARAMILLO WILSON ALFONSO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1098694789	QUIROGA RAMIREZ ELKIN FERNEY	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1134183545	GUERRERO GOMEZ JOSE MARIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	8572227	PEREZ FERRER JUAN MIGUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	86070716	CABEZAS RIVAS EDUIN ANDREZ	1	0			S		X															230201	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS002	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF13	334.048	13.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **JOSE MARIO** Apellidos: **GUERRERO GOMEZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3043631843

Dirección: Carrera 90 #24C - 14 cc :1134183545 G.S RH: O+



Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS:NUEVA EPS	
Masculino☒ Femenino ☐	05/03/1998	27	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

JOSE MARIO GUERRERO GOMEZ

Con identificación Nº. *1134183545*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 8 horas realizadas en Bogotá

El 19 de abril de 2025 hasta el día 19 de abril de 2025

Empresa que remite al trabajador: WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS
NIT 900702141-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador SURA
Representante Legal SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA
Sector Económico: CONSTRUCCION

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de abril de 2025

JUAN CARLOS GUACANEME
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia *36 -0937 DE 2018***

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:33:48 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1134183545**
Apellidos y Nombres: **GUERRERO GOMEZ JOSE MARIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:34:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1134183545
Código de Verificación	1134183545250707083412

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.129.541.442

CAMARGO SALAZAR

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos Camargo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-1999**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-SEP-2017 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-0300100-00945277-M-1129541442-20171010 0058D19407A 1 49140516

Medellín, 22 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1129541442	CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS	23/07/2025		15318E20	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 22/07/2025 17:49:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.37.45, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. Oficio ☐ (Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐)

3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

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

5. Código Tipo de Cotizante (ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)

Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Camargo	Salazar	Juan	Carlos	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1129.541.442	Femenino ☐ Masculino ☒	31 08 1999	Soltero	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F, N, M; Condición T, P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Protección	$1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Cra 45 # 44-35		3228547017	hseq@wussyingenieros.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Barranquilla	Urbana ☒ Rural ☐	Barranquilla	Atlántico	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento	Dirección

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F, N, M; Condición T, P)	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	32. Datos de residencia	Dirección	Zona (U / R)	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1			U R				
B2			U R				
B3			U R				
B4			U R				
B5			U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

35. Nombres o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Wussy Ingenieros	NIT	901.109.885	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	Cll 8f # 79-94	4111513	hseq@wussyingenieros.com	Bogotá	Bogotá

- ORIGINAL -

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc. | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento: | 42. Fecha: 23 07 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el direccionamiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.sura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (segmentación o uso en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratados, dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. PRIMAS

Juan Carlos C.S.

54. El cotizante o cabeza de familia

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

Código Aportes:

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad. Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Total: ____

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial | 67. Datos del SISBÉN | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación

Código del Municipio | Código del departamento | Número de fichas | Puntaje | Nivel

70. 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 | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

ORIGINAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **1.129.541.442** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.695

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC	1129541442
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

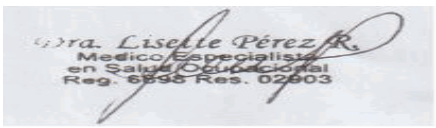
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
W639C1I55695

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS

CC: 1129541442

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:47:44 AM horas del 22/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1129541442**
Apellidos y Nombres: **CAMARGO SALAZAR JUAN CARLOS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de julio de 2025, a las 11:48:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1129541442
Código de Verificación	1129541442250722114804

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.572.227

PEREZ FERRER

APELLIDOS

JUAN MIGUEL

NOMBRES

Juan Perez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1976**

PONEDERA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-ENE-1996 PONEDERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0903500-00437436-M-0008672227-20130630 0033205287A 1 39909860

Medellín, 21 de Abril 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - CAQUETA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C8572227	PEREZ FERRER JUAN MIGUEL	02/01/2025		203O1484	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802511135840

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 21/04/2025 09:57:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	243.000	0	0	0	0	0	0		243.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	691.000	0	0	0	0	0	0		691.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	406.500				406.500	0	0	406.500			4.065	406.500	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF13	Comfaca	891190047-2	252.800	0	0	252.800	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	233.700	233.700
Pensión	2	934.000	934.000
Riesgos Laborales	1	406.500	406.500
CCF	1	252.800	252.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.827.000	1.827.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1045681049	GUERRERO JIMENEZ ROGELIO ENRIQUE	1	0			S		X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF13	284.700	11.400	0	0	0	0	0
2	CC	1047218465	LOPEZ JARAMILLO WILSON ALFONSO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1098694789	QUIROGA RAMIREZ ELKIN FERNEY	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1134183545	GUERRERO GOMEZ JOSE MARIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	8572227	PEREZ FERRER JUAN MIGUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	86070716	CABEZAS RIVAS EDUIN ANDREZ	1	0			S		X															230201	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS002	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF13	334.048	13.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **JUAN MIGUEL**		Apellidos: **PEREZ FERRER**	
Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141**		Celular: 3105497614	
Dirección: CALLE 22F N. 32-08	cc 8572227	G.S RH: O+	
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 25/05/1976	Edad en años: 49	EPS: COOSALUD / ARL: SURA / AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

JUAN MIGUEL PEREZ FERRER

Con identificación Nº. *8572227*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 8 horas realizadas en Bogotá

El 19 de abril de 2025 hasta el día 19 de abril de 2025

Empresa que remite al trabajador: WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS
NIT 900702141-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador SURA
Representante Legal SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA
Sector Económico: CONSTRUCCION

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de abril de 2025

JUAN CARLOS GUACANEME
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° de Licencia *36 -0937 DE 2018*

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:35:44 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8572227**
Apellidos y Nombres: **PEREZ FERRER JUAN MIGUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:36:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8572227
Código de Verificación	8572227250707083617

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.052.700.489



Apellidos
ARIAS GARCIA

Nombres
LEONEL

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.69	M

Fecha de nacimiento	G.S.
30 DIC 2004	O+

Lugar de nacimiento
TALAIGUA NUEVO (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
24 MAR 2023, TALAIGUA NUEVO

Fecha de expiración
25 MAR 2033

Firma
Leonel Arias Garcia

.CO

0169200S3



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL0169200536051 10<<<<<<<<<<<
0412306M3303252COL1052700489<9
ARIAS<GARCIA<<LEONEL<<<<<<<<<<<

Medellín, 28 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1052700489	ARIAS GARCIA LEONEL	29/07/2025		14715016	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 28/07/2025 10:11:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

mutualser

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: B. Reporte de Novedades [X]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

6. Apellidos y nombres: Arias Garcia Leonel

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1052 300 189

9. Sexo: Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 3 0 1 2 2 0 0 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1.423.500

18. Residencia: Barranquilla

3228549414

Barranquilla — Urbana [X] — Barranquilla — Atlantico

Municipio/Distrito — Localidad/Comuna — Departamento

-3a. COPIA: AFILIADO-

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

29. Nombre o razón social: CUB ingenieria y construccion

30. Tipo de documento: Nit

31. Número del documento: 900302141

33. Ubicación: Cll 87 A 79-99 — 4111513 — [illegible] — Bogota — Bogota

Dirección — Teléfono — Correo electrónico — Municipio/Distrito — Departamento

-3a. COPIA: AFILIADO-

-ORIGINAL: E.P.S.- -2a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL-

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la afiliación en la EPS
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reafiliación en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Actualización laboral o suspensión de un afiliado cotizante
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de la condición de cotizante
- [ ] 11. Vinculación a una entidad administradora del régimen subsidiado
- [ ] 12. Traslado de una entidad administradora del régimen subsidiado
- [ ] 13. Movilidad: [ ] a. Régimen contributivo [ ] b. Régimen subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Cambio de beneficiario
- [ ] 16. Traslado de administradora
- [ ] 17. Traslado de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Traslado de la calidad de Pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				29 07 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (código)	45. Código Departamental Habitual y Régimen de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de aportes en el marco de la Seguridad Social y artículos pertinentes.
- [ ] 47. Declaración de la cotización dentro del Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de veracidad de datos, de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que soportan la inclusión de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cónyuge del cotizante, o afiliado, solicitante en una inclusión fraudulenta de familiares de Sisbén IV.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la historia clínica del cotizante o afiliado de donde exista los antecedentes u objetos relacionados.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS suministre la información que dé origen a la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a los entidades públicas que por ley tengan esa función de vigilancia.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS le cargue los dineros correspondientes al monto de la cotización mensual y/o cuotas moderadoras y/o copagos, autorizando el débito de la cuenta de ahorros o corriente indicada en la Ley 1527 de 2012 y el Decreto 1517 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular suministrado en el formulario.

VIII. FIRMAS

LEONEL CRUZ G.

54. El cotizante, cónyuge, padre de familia o acudiente

Huella índice derecho

IX. ANEXOS

- [ ] 55. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [TI] [CI] [CE] [PA] [RC] [PE] [MS]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 56. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 57. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, de la sentencia judicial o de la sentencia judicial que declare la unión marital de hecho.
- [ ] 58. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, sentencia judicial o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital de hecho.
- [ ] 59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 60. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 61. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o del terminación de relación de los padres o la declaración proferida por el comisionado sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 64. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiarios o la pérdida de la afiliación de estos.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Nomenclatura de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN IV: Dirección de Hogar	Manzana	Nivel	68. Fecha de validación	69. Firma de validador

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES:

Presumo bajo gravedad de juramento, que el afiliado manifiesta la veracidad de los datos aquí registrados y de los anexos que se acompañan a esta solicitud.

-2a. COPIA: AFILIADO-

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARIAS GARCIA LEONEL	MASCULINO	20 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1052700489 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

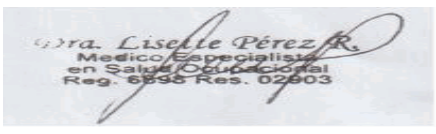
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE LIPIDOS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
I639O1U55871

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARIAS GARCIA LEONEL

CC: 1052700489

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:54:50 AM horas del 28/07/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1052700489**

Apellidos y Nombres: ARIAS GARCIA LEONEL

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de julio de 2025, a las 09:55:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1052700489
Código de Verificación	1052700489250728095509

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277204770

PIB
09:55:34

Bogotá DC, 28 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEONEL ARIAS GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1052700489:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
11438423
NUMERO
MARTINEZ JIMENEZ
APELLIDOS
LUIS CARLOS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-AGO-1991 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Medellín, 18 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que LUIS CARLOS MARTINEZ JIMENEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 11438423 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 21/07/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C802123802519965089

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: 18/07/2025 6.04 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

Fecha de Radicación

I - DATOS DEL TRÁMITE (Los campos marcados con * se deben anexar al formulario antes de radicarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Traslado [ ] C. Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] D. Cotizante o Cabeza de Familia [X] E. Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Corporativa [ ] C. Independiente [ ] D. Su Grupo [ ] F. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Pensionado [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Nivel de cotización: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (lo registra por la EPS) [ ]

II. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	Martinez	Jimenez	Luis	Carlos

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	1143842 3		X	09 01 1973

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	Proteccion	$1'423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cll 138C #155-28 - Suba		3145529787	MartinezluisCarlos9389@gmail.com

Municipio / Ciudad	Vivienda: Urbana	Rural	Localidad / Corregimiento	Departamento
Barranquilla	X			Atlantico

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y de los hijos menores de edad)

	19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: F	M	23. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios:

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo: F	H	M	T	P	Condición
01									
02									
03									
04									
05									

	32. Datos de residencia: Municipio / Ciudad	Vivienda: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS.)
01						
02						
03						
04						
05						

Solicitud no de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la EPS.)
Juan Carlos Martinez		1143842 3	

39. Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Ciudad	Departamento
Cll 138 C #155 28		Martinezluis Carlos 9389@gmail.com	Barranquilla	Atlantico

6. REPORTE DE NOVEDADES

6.0 Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS

Código

6. Reintegro en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de miembros adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de miembros adicionales
9. Inicio de relación laboral o afiliación de cotizantes (solo para EPS Otras)
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Traslado entre entidades promotoras de salud (Novedad Obligatoria)
12. Cambio de tipo de afiliado (solo para EPS Otras) Actualizar cotizante
13. Modalidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
15. Reporte de Fallecimiento
16. Reporte de semilla de protección al cotizante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

6.1. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de identificación del beneficiario	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de Radicación	6.2 Fecha

6.3. EPS Anterior	6.4. Tarjeta de Trabajo: Código	6.5. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

7.0. Declaración de cumplimiento normativo de los beneficiarios y afiliados adicionales

7.1. Declaración de NO cotización de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

7.2. Declaración de consentimiento de menores de edad, mayores o cuyo Número de Identificación Personal (NIP) no haya sido asignado, para ser beneficiarios

7.3. Declaración de NO afectación del cotizante, beneficiario, beneficiario adicional o afiliado adicional en una incapacidad temporal de Servicios de Salud

7.4. Autorización para que la EPS realice el cruce de información y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o Afiliados adicionales

7.5. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la afiliación o novedades a la base de datos de afiliados vigente y a los entidades públicas que con tal fin lo requieran

7.6. Autorización para que la EPS, consulte y suministre los datos personales de cotizantes, beneficiarios y afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

7.7. Autorización para que la EPS, envíe información a través de medios electrónicos o de cualquier otro medio de consulta

VIII. FIRMAS

8.0. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

8.1. El Empleador, operador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

9.0. No. de Copia del Documento de Identidad	TI	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC
Cantidad								

Total

9.1. Copia del Registro Civil de Nacimiento o documento antecedente con la autenticidad correspondiente

9.2. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que Declare la unión marital

9.3. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que Declare el divorcio. Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital

9.4. Copia del Certificado de Adopción y Acta de Entrega del menor

9.5. Copia de la Orden Judicial o del Acta Administrativa de Custodia

9.6. Declaración de pérdida de la patria potestad y el Certificación de Declaración de ausencia con Declaración expedida por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

9.7. Copia de la Sentencia de Privación de Patria Potestad por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

9.8. Certificado de convalidación o una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

9.9. Copia de Actos Administrativos o Documentos de los nombramientos en la que conste la calidad de beneficiario o de miembro de la Asamblea de ellos

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

10.0. Identificación de la Entidad Territorial

Código de Municipio	Código de Departamento

10.1. Clase de Afiliado

Número de Folio

10.2. Fecha de Radicación: Día / Mes

10.3. Fecha de Validación

10.4. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 10.5. Firma del funcionario

Observaciones

Número y documento de identidad del operador comercial | Sello de radicación | Sticker precontractual

10.6. Rol

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ JIMENEZ LUIS CARLOS** identificado(a) con **CC** número **11.438.423** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA: 17/07/2025



TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARTINEZ JIMENEZ LUIS CARLOS **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 11.438.423 **Edad:** 52 AÑOS
Eps: SANITAS **Cargo:** PLOMERO
Empresa: INDEPENDIENTE **NIT:**

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O-	ESTATURA	1.70 CM	PESO	76 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento: SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

HUELLA

Medico

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg. 11294 C.C. 79.687.876

Firma:		***Paciente Firma:***	1143842 3
Nombre:	**DR. DIDIER JANS RINCON CASTRO**	**Nombre:**	
Reg. Medico	**11294-26/09/2017 C.C. 79.687.876**	**Doc. No.:**	

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:19:27 AM horas del 16/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **11438423**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ JIMENEZ LUIS CARLOS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 16 de julio de 2025, a las 09:20:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	11438423
Código de Verificación	11438423250716092012

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 276226725

PIB
10:22:52

Bogotá DC, 16 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS CARLOS MARTINEZ JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11438423:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.400.740

BANDERA PAEZ

APELLIDOS

MANUEL ARTURO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1978

EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

12 JUN-1997 EL BANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A 2100500-0014380-M-0012400740-20081226 0008827040A 1

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:11:36 PM horas del 29/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **12400740**
Apellidos y Nombres: **BANDERA PAEZ MANUEL ARTURO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Medellín, 29 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C12400740	BANDERA PAEZ MANUEL ARTURO	30/07/2025		144X5961	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 29/07/2025 12:09:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

X X X X X X

Bandera Paez Manuel Arturo

X 12.400.740 X 03 05 1978

Porvenir $1.423.500 Cll 82 Kra 47 # Sura

Malambo Atlantico 3104497997 manuelbanderapaez@hotmail.com

Wr ingenieria SAS X 900902141 8

Calle 18 # 79-94 Bogota Bogota 4111513 3228647417 hseq@wrosingen·

Manuel Bandera

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:

MANUEL ARTURO BANDERA PAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.400.740**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.935

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS**

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BANDERA PAEZ MANUEL ARTURO	MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	12400740 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA ALBORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

T639Z1F55935

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BANDERA PAEZ MANUEL ARTURO

CC: 12400740

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de julio de 2025, a las 12:12:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	12400740
Código de Verificación	12400740250729121201

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277315202

PIB
12:13:25

Bogotá DC, 29 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MANUEL ARTURO BANDERA PAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 12400740:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.260.035**

PERTUZ TEHERAN
APELLIDOS

MARCO ANTONIO
NOMBRES

MARCO Pertuz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1996**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-DIC-2014 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0390150-00666699-M-1143260035-20150212 0042866474A 1 43173493

Medellín, 30 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1143260035	PERTUZ THERAN MARCO ANTONIO	31/07/2025		T1821371	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802521151163

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/07/2025 14:12:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS S

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

A. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐

Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐

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

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

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

Código (lo registra por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Pertuz	Tenerlan	Marco	Antonio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
RC ☐	1.143.260.035	Femenino ☐ Masculino ☒	18 / 11 / 1991 / 6

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo ☐☐	Condición ☐☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población/características

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura	Porvenir	$1.123.500

18. Residencia				
Cra 50 # 30-15	3228597419	hsey@cwsshingenieros.com		
Barranquilla (Municipio/Distrito)	Zona: Urbano ☒ Rural ☐	Barranquilla (Localidad/Comuna)	Atlantico (Departamento)	

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			

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

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

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

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

Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo I	Tipo II	Tipo III	Condición I	Condición II
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CWR Ingeniería y Construcción	NIT	900.702.191	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 84 # 79-94	A111373	hsey@cwsshingenieros.com	Bogotá	Bogotá

F-085-RIVA-V.1.0-2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

R. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad [ ]		Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 25/07/2025
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

MARCO PERTUZ

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	55. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

R885-RVA V.1.0-2016

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:

MARCO ANTONIO PERTUZ TEHERAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.260.035**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio 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.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.751

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PERTUZ TEHERAN MARCO ANTONIO	MASCULINO	28 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1143260035 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico

Nombre: NAVARRO OROZCO JOSE CARLOS
R. M.: 23959 L.S.O.: 1168
CC.: 8648533

Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad
X639D1J55751

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PERTUZ TEHERAN MARCO ANTONIO

CC: 1143260035

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:25:58 AM horas del 24/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1143260035**
Apellidos y Nombres: **PERTUZ TEHERAN MARCO ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de julio de 2025, a las 09:26:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1143260035
Código de Verificación	1143260035250724092641

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 276965537

PIB
09:28:44

Bogotá DC, 24 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARCO ANTONIO PERTUZ TEHERAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1143260035:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.572.679

FONTALVO PEREZ

APELLIDOS

MARIO RAFAEL

NOMBRES

MARIO FONTALVO PÉREZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1977**

PONEDERA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUN-1997 PONEDERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0303500-00364064-M-0008572679-20120304 **0029**403292G 1 38017366

Medellín, 22 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C8572679	FONTALVO PEREZ MARIO RAFAEL	23/07/2025		169ll21o	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 22/07/2025 17:42:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.37.45, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

X X X X X

Fontalva Perez Mario Rafael
X 8.572.679 X 27 02 1977

Poveda $1.423.800 Cra 9 #3 02 Suba
Poveda Atlántico 3049895086 Danielapeba@gmail.com

Mabel Francia Bossa Cabrera Bogotá Bogotá 80212380
Cl 8F # 79-99 21 07 2025 4119513 3228547419 hsalgbwabsaingenieros.com

X

Mario Fontalva P.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto.

Mario Rafael Fontalvo
85926 79 de Ponedera

X

3014896086
Dematafe86@gmail.com

Autorizaciones

Aviso de privacidad

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:

MARIO RAFAEL FONTALVO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.572.679**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.664

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FONTALVO PEREZ MARIO RAFAEL	MASCULINO	48 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	8572679 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

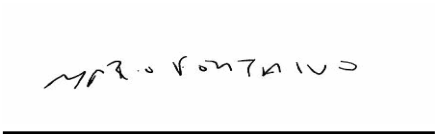
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

P639V1B55664

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FONTALVO PEREZ MARIO RAFAEL

CC: 8572679

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:45:32 AM horas del 19/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8572679**
Apellidos y Nombres: **FONTALVO PEREZ MARIO RAFAEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 19 de julio de 2025, a las 09:45:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8572679
Código de Verificación	8572679250719094552

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Datos del ciudadano

Señor(a) MARIO RAFAEL FONTALVO PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 8572679.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: sábado, julio 19, 2025 - Hora de consulta: 09:46:23

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
Privacidad - Términos

OTRAS ENTIDADES

Procuraduría General de la Nación

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.042.348.740
NUMERO

MARQUEZ CAHUANA
APELLIDOS

MAURICIO DE JESUS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1988
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-NOV-2006 SABANAGRANDE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-0304300-22155046-M-1042348740-20070716 0027907192L 02 231615775

Medellín, 30 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que MAURICIO DE JESUS MARQUEZ CAHUANA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1042348740 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 31/07/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C802123802521151496

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 30/07/2025 2.18 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

EPS SURAMERICANA S.A
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

Fecha de radicación (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación ___ B. Reporte de Novedades X

2. Tipo de Afiliado: A. Individual ___ Cotizante o Cabeza de Familia X Beneficiario o afiliado adicional ___ B. Colectiva ___ C. Institucional ___ D. Oficial ___

3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado ___

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de familia ___ C. Beneficiario ___

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) ___

Código Tipo de Pensionado ___

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Marquez	Cahiana	Mauricio	de Jesus	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1042.348.740	Femenino ___ Masculino X	10 07 1988	Soltero	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F M M, Condición T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura	Colpensiones	$1.423.500

18. Residencia	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
	Calle 42 # 15-22		3228547417	hsegenieros@hseingenieros.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Barranquilla	Urbana X Rural ___	Barranquilla	Atlantico	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo (Femenino, Masculino)	23. Fecha de nacimiento	Dirección

Municipio/Distrito	Zona (Urbana, Rural)	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F V M, Condición T P)	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia: Dirección	Zona (U R)	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Mauricio de Jesus Marquez Cahiana	CC	1042348740	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	Calle 42 # 15 22	3228547417	hsegenieros@hseingenieros.com	Barranquilla	Atlantico

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

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

No. U

PORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc. | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 2 9 0 7 2 0 2 5

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epsura.com y igualmente para adecuar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos o soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia

55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o del Ofício

Código Asesor

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL -

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAURICIO DE JESUS MARQUEZ CAHUANA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1042348740,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2021** 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 24 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.772

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WRUSSY INGENIEROS SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARQUEZ CAHUANA MAURICIO DE JESUS	MASCULINO	37 AÑOS 0 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1042348740 (Número)

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PUEDE LEVANTAR PESO HASTA 20 KILOS

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

Médico

Dra. Lisette Pérez R.
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Reg. 6698 Res. 02803

Firma:

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
W639C1I55772

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARQUEZ CAHUANA MAURICIO DE JESUS

CC: 1042348740

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:08:43 AM horas del 24/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1042348740**
Apellidos y Nombres: **MARQUEZ CAHUANA MAURICIO DE JESUS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de julio de 2025, a las 09:09:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1042348740
Código de Verificación	104234874025072409095O

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 276963495

PIB
09:16:17

Bogotá DC, 24 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MAURICIO DE JESUS MARQUEZ CAHUANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1042348740:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 72044045

MARTINEZ MATOS

APELLIDOS

NICOLAS ANTONIO

NOMBRES



NICOLAS MARTINEZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1968

CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-MAY-1987 MALAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0002200-22110911-M-0072044045-20030627 02662 03178P 01

Medellín, 23 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C72044045	MARTINEZ MATOS NICOLAS ANTONIO	24/07/2025		230q1961	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802520450551

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2025 14:02:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COOSALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Estamos cambiando

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

1. DATOS DEL PUESTO

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Dependiente [X] B. Cotizante [ ] C. Beneficiario [ ] D. Pensionado [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. COMPLEMENTARIO: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cabeza de Familia [X] B. Adicional [ ]
6. PARENTESCO: A. Conyuge [ ] B. Padre [ ] C. Padrastro [ ] D. Hijo [ ] E. Hijastro [ ] F. Otro [ ]
7. ESTRATO: A. 1 [ ] B. 2 [ ] C. 3 [X] D. 4 [ ] E. 5 [ ] F. 6 [ ]

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	Martinez	Motos	Nicolas	Antonio

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] AS [ ] MS [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72.044.045
11. SEXO: F [ ] M [X]
12. GRUPO ETNICO: I [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. FECHA NACIMIENTO: DÍA 05 | MES 09 | AÑO 1968
14. NACIONALIDAD: [ ]
15. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ESTADO CIVIL
17. NÚMERO DE HIJOS
18. ESCOLARIDAD: 12 [ ] 13 [ ] ESTUDIANTE EN ESCOLARIDAD [ ]
19. TIPO DE VIVIENDA: 01 [ ] 02 [ ]
20. CLASIFICACIÓN ETNICA
21. ESTRATO
22. ZONA
23. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL
24. ARL: SURA
25. AFP: Colpensiones
26. RH:
27. TARIFA COMPLEMENTARIA
28. PARENTESCO
29. DIRECCIÓN: Cl 150 # 11 - 125
30. TELEFONO FIJO:
31. TELEFONO CELULAR: 3228347917
32. CORREO ELECTRONICO: hsoftcolombia@hotmail.com
33. REGIMEN ANTERIOR: ARP SURA
34. ENTIDAD/ DESTINO: Bananaquita
35. ENTIDAD/ PROCEDENCIA: Bananaquita
36. ZONA: URBANA [X] RURAL [ ]
37. SPC: [ ]

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR – Datos de beneficiarios del Cotizante (cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hijos)

38. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

39. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] AS [ ] MS [ ]
40. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
41. SEXO: F [ ] M [ ]
42. GRUPO ETNICO: I [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
43. NACIONALIDAD: [ ]
44. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
45. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

46. APELLIDOS Y NOMBRES DEL(OS) BENEFICIARIO(S)	47. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	48. NÚMERO DE IDENTIDAD	49. PARENTESCO	50. PARENTESCO	51. Datos de residencia	ZONA

Datos complementarios del Beneficiario

52. PARENTESCO	53. ESTADO CIVIL	54. OCUPACIÓN	55. NUMERO DE HIJOS	56. ESCOLARIDAD	57. ESTUDIANTE	58. ESTRATO	59. Datos de residencia	ZONA

60. TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	61. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	62. MUNICIPIO	63. DEPARTAMENTO	64. CORREO ELECTRONICO	65. EPS	66. ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SUS SERVICIOS

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y DATOS APORTANTES (Solo diligenciar para personas vinculadas en dependencia o de los trabajadores independientes de la afiliación colectiva, profesionales o IVF activos)

67. Razón o nombre social: WRUSSH INGENIEROS
68. Tipo de documento de identificación: NIT [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ]
69. Número que identifica de identificación: 901.109.885
70. Dígito de verificación: 1
71. Dirección: Cl 18F # 39-99
72. Teléfono: 3228347917
73. Correo electrónico: hsoftcolombia@hotmail.com
74. Departamento: Bogotá
75. Municipio: Bogotá

E. REPORTE DE NOVEDADES

76. TIPO DE NOVEDAD
1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN NO CORRECCIÓN DE OTROS COMPLEMENTARIOS
5. TRASLADO DE LA ADMINISTRADORA DE LA ARP. Cual? ____
6. REPORTE DE PAGO A TERCEROS DE INCAPACIDAD Cual? ____
7. REACTIVACIÓN DE AFILIADO SUSPENDIDO POR MORA EN EL APORTE
8. RETIRO DE LA ENTIDAD

77. CAUSA DE LA NOVEDAD
78. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
79. SUSPENSIÓN TEMPORAL
80. VINCULACIÓN COMO DEPENDIENTE
81. VINCULACIÓN COMO INDEPENDIENTE
82. INCAPACIDAD
83. LICENCIA MATERNIDAD
84. TRASLADO

85. TRASLADO
86. AFILIACIÓN INICIAL
87. CAMBIO DE EPS
88. CAMBIO DE ARP
89. CAMBIO DE AFP
90. CAMBIO DE CAJA DE COMPENSACIÓN
91. RETIRO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN
92. RETIRO DE LA ENTIDAD PENSIONAL
93. RETIRO DE LA ENTIDAD EXCEPCIONADA
94. CORRECCIÓN DE DATOS

F. DATOS PARA EL REPORTE DE LA INCAPACIDAD

95. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

96. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] NÚMERO UNICO DE IDENTIDAD
97. SEXO BIOLOGICO: F [ ] M [ ]
98. SEXO IDENTIFICACIÓN: I [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
99. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
100. DIAS ANTERIOR
101. FECHA DE INICIO: DÍA | MES | AÑO
102. NUMERO DE RADICACIÓN
103. CARGO
104. FECHA DE TERMINACIÓN (solo en el caso de licencias)

G. AUTORIZACIONES Y ACEPTACIONES

105. Autorización de tratamiento de datos personales y sensibles autorizados. Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en el presente formulario es veraz y completa. Autorizo a COOSALUD para que verifique la información suministrada en el presente formulario.
106. Declaración de no afiliación a otra EPS. Declaro no estar afiliado a ninguna otra EPS.
107. Declaración de existencia de vínculo de Familia mayor o igual tercer grado civil, segundo de afinidad, primero de consanguinidad o cónyuge o compañero(a) permanente. Anexo soporte de la misma.
108. Declaración de no afiliación de vínculo de cabeza de familia, beneficiario o cotizante adicional en otra Administradora de Seguridad Social.
109. Autorización para que la EPS realice el descuento por nómina del valor de la cotización y/o copagos y cuotas moderadoras.
110. Autorización para que la EPS consulte la información que reposa en la base de datos de afiliados registrados a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con el fin de verificar la información suministrada.
111. Autorizo para que la EPS realice el traslado de mis datos personales con contenido a bases de datos y/o sus beneficiarios a otras entidades, de acuerdo con lo señalado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
112. Autorizo la consulta en el operador financiero para que consulte la información de RADO (Radio... Página Web: Radiomovil.App, Llamada Telefónica, WhatsApp o otros medios, para recibir información relacionada con el servicio.
113. Autorizo para que la EPS me contacte con el fin de realizar encuestas, estudios o confirmación de datos relacionados con mi relación con la entidad, mejorar la atención y cumplimiento de los Programas de Atención Diferencial (PAD).
114. Autorizo de manera voluntaria para el tratamiento de datos sensibles de mi grupo familiar, tales como: origen racial o étnico, orientación sexual, datos de salud, datos biométricos (huella, reconocimiento facial o de iris), entre otros.
115. Autorizo de la actualización del grupo familiar y los beneficiarios cuando aplique, conforme a lo establecido en la Circular 030 de 2013.

H. CONFORMACIÓN CIVIL FAMILIA

116. Tipo de vínculo que existe o reconocimiento por sentencia que declara existente la conformación de la unión familiar (unión marital de hecho, declaración de existencia de sociedad patrimonial, sentencia de adopción, etc.)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] RC [ ] CE [ ] AS [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

I. FIRMAS

117. Nicolas Martinez
118. En calidad de: titular de cuenta, representante autorizado, cabeza de familia o persona responsable
119. En calidad de: representante legal de la afiliación colectiva, beneficiario o de Oficio

J. ANEXOS

120. Anexo copia del documento de identidad: CC [X] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] MS [ ] AS [ ]
Cantidad: [ ]
121. Copia del formulario con manifestación y sello de huellas palmares, cuando no manifieste o no sepa o no pueda firmar cuando se actúe mediante
122. Copia de la(s) carta(s) poderes a través de la(s) cual(es) confiere(n) poder a otra(s) persona(s) para que efectúe(n) el diligenciamiento del formulario y adelante(n) los trámites pertinentes, ante la Administradora y/o ante la(s) persona(s) que efectúe(n) el diligenciamiento de la unión marital.
123. Copia del certificado de nacido vivo o acta de entrega del menor.
124. Copia de la prueba sumaria que acredite el estado de soltería.
125. Documento en que conste la voluntad de convivir de manera ininterrumpida no inferior a dos (2) años con el cotizante, suscrito por el cotizante y/o el compañero(a) permanente.
126. Copia de la autorización del cotizante para recibir en la Administradora Nacional de Subsidios (ANSES) y/o Cajas de Compensación Familiar (CCF) los dineros correspondientes a la cuota monetaria.
127. Certificación de nacimiento y/o registro civil de nacimiento.
128. Copia del acta de conciliación y/o providencia judicial en la que se determine la custodia y cuidado personal del menor, cuando los padres no convivan bajo el mismo techo.

Total Anexos: [ ]

K. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE RED PÚBLICA O PRIVADA

129. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
130. NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN

L. DATOS DE LA ORIENTACIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

131. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [ ] CE [ ] PE [ ] RC [ ] Número del documento de identidad
132. FECHA DE ORIENTACIÓN: DÍA | MES | AÑO
133. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
134. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

Consulte con con la línea de atención, el estado de la información registrada y de las novedades radicadas en el portal WEB de Coosalud.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, NICOLAS ANTONIO MARTINEZ identificado (a) con [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] número 32 094 - 045 de _____, certifico que:

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

Así mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. 3226547917 y/o correo electrónico: nicolas.martinez5

SI [X] NO [ ]

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI [ ] NO [ ]

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web: https://www.coosalud.com/es/afiliados/carta-derechos-deberes.pdf

Evitando Impresiones pesa ser amigable con el ambiente SI [ ] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificada(o) con No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha de Solicitud: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la recepción de todas las autorizaciones y anotaciones incorporadas en este Formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales por parte de COOSALUD EPS, en relación a la política para el tratamiento de datos personales de la **COOSALUD EPS S.A.**

Autorizaciones

En virtud de la presente autorización, autorizo expresamente y confirmo a la suscripción en los artículos 15 y 17 de la Ley 527 de 1999, a COOSALUD EPS S.A. para que me remita información en todo o de manera de clase, a través de comunicación como una, vía mensaje escrito, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de COOSALUD EPS S.A. y la carta de derechos de deberes. Asimismo de manera expresa a dar a la persona natural o jurídica a quien corresponda, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice y suprima mis datos personales, para tratarlos en los servicios de COOSALUD EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

- Conocer los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y los demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros

datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

- Presentar ante la autoridad competente (Superintendencia de Industria y Comercio) quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a mis datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

Los cumplimientos de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o complementen, la autorizamos para usted puede consultar el política de tratamiento de los datos personales de COOSALUD EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que tenemos a su disposición:

Líneas marcando gratis desde tu celular: 9932 o desde un teléfono fijo: 6108000 515011

Correo: defensoriausuario@coosalud.com - web: www.coosalud.com

En la actualidad, la información por usted suministrada en este formato así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos serán utilizadas por COOSALUD EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información suministrada para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1524 de 2012 "Artículo Cero", entre solamente podrá realizar la consentimiento tratamiento y/o recopilación de mi nombre, y el final de registro y hasta de la misma, tercero encargado de tratamiento de información o de una vez ejecutar comercial, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la forma indicada en los Términos y Condiciones de este sitio web en una posterior y en la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Consentimiento de donación de organs

La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4° establece: **"ARTICULO 4°. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación.** Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no donar de órganos y tejidos mediante un documento escrito ante dos testigos cualquiera sea mayor. Prestar y mantener ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá ejercitarse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS)."

La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o sus familiares después de la muerte deciden la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o contraprestación para el donante o su familia. Por esta donación de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 50 personas. El trasplante de órganos es un procedimiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células sanos son transferidos por las

de un donante. Estos procedimientos deben realizarse en entidades de salud de alta complejidad, dentro de protocolos. Es importante tener claro existe un concepto de muerte y la ciencia médica ha establecido un procedimiento riguroso e irreversible. La donación no va en contra de la dignidad que se merecen cada persona.

En virtud de la anterior, manifiesto a continuación mi voluntad de oponerme a mi Donación de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, mediante la comunicación la misma por usted recibida No. _____ identificado (a) con el número de identificación _____ no tienen valor de mis familiares cercanos. Con de nuestra Carta de mismo manifiesta mi voluntad libre, previa e informada acerca de no ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, decisión que será informada al Instituto Nacional de Salud (INS).

[ ] NO DONO Declaro no ser Donante de Órganos y Tejidos

Todos los órganos y/o tejidos internos/externos anatómicos y líquidos orgánicos sobre cada línea de tratamiento a continuación relacionados

Consentimiento los siguientes órganos o tejidos:

Corazón	Pulmón
Páncreas	Piel
Hígado	Riñones
Intestino	Hueso
Tejidos óseos	Córnea

[ ] NO ACEPTO _____ Firma y huella

(Por favor use una tinta oscura, dibuje con el puño firme)

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL FUNCIONARIO ENCARGADO CUYO NÚMERO DEBE SER IGUAL O SUPERIOR A 9 DÍGITOS

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $	PAGO EXONERADO	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Universitario [ ] Doctorado [ ] Primaria [ ] Técnico/Tecnológico [ ] Postgrado [ ] Especialización [ ]

Posición Ocupacional: Patrono/Empleador [ ] Cooperativista [ ] Trabajador por su Cuenta [ ]

Inicio Contrato: _____ Fin Contrato: _____

SEÑOR EMPLEADOR: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, AFILIACIÓN INCORRECTA LA RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, ASUMIRÁ CUALES SE GENERAN MIENTRAS NO SEA CORREGIDA MODIFICADA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL CUAL ESTE PERSONA SEA RETIRADA DEFINITIVAMENTE DEL SISTEMA, ARTÍCULO 2.2.3.1.4 DEL DECRETO 1428 DE 2016.

SÓLO SI DESEA SABER SI ES ESTUDIANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO

Nombre del Tercero: _____ Tipo de Identificación: NIT [ ] CC [ ] C.E. [ ] TI [ ] Identificación del Tercero que realiza el Aporte: _____ DV: _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA

FIRMA Y HUELLA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NICOLAS ANTONIO MARTINEZ MATOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72044045,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/1994** 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 22 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.665

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

MARTINEZ MATOS NICOLAS ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	56 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC	72044045
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS
CONTROL DE LIPIDOS POR SU EPS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

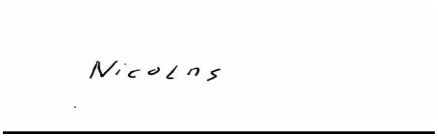
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

C639I1O55665

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MARTINEZ MATOS NICOLAS ANTONIO

CC: 72044045

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:48:53 AM horas del 22/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **72044045**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ MATOS NICOLAS ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de julio de 2025, a las 11:49:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	72044045
Código de Verificación	72044045250722114924

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.045.681.049

GUERRERO JIMENEZ

ROGELIO ENRIQUE

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.70
Sexo: M

15 MAYO 1986 B+

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
11 JUL 2007, BARRANQUILLA

Firma

Fecha de expiración
21 ABR 2033

ID

0183732 39

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0183732398030001<<<<<<<<<<<
8605168M3304215COL10456810 49<6
GUERRERO<JIMENEZ<<ROGELIO<ENRI

Medellín, 23 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1045681049	GUERRERO JIMENEZ ROGELIO	24/07/2025		173251t1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802520453021

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2025 14:43:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación del SAC

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Solicitud	2. Tipo de Afiliante	3. Régimen	4. Combinación validada	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (Asignado por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual - Cotizante o aportante de tiempo	A. Contributivo X	01	A. Cotizante X	A. Dependiente X	
B. Reporte de novedades X	B. Individual - Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	02 X	B. Cotizante de Salud	B. Independiente	
	C. Institucional			C. Afiliado adicional	C. Pensionado	
	D. Doméstico					

II. AFILIACIÓN

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del solicitante, cónyuge o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

8. Apellidos y nombres				
	Guerrero	Jimenez	Rogelio	Enrique

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Grupo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1.045.681.099	X	X	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
B/quilla	Colombia	Atlantico	Barranquilla	1 6 1 0 1 9 8 6

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (todos pacientes)

16. Raza	17. Consanguinidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene vacuna SARS-CoV-2	20. Cual/Fecha vacuna SARS-CoV-2	21. Grupo de población especial
		SI / NO		SI / NO	Vacuna / Fecha	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
Sura	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia				
Cll 15 #34-89	3253067645	Rogeliogerardojimenez3@gmail.com		
Atlantico	Barranquilla	B/quilla		X

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

27. Apellidos y nombres				

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Grupo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

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

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

35. Apellidos y nombres				
01				
02				
03				
04				
05				

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Grupo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
01						
02						
03						
04						
05						

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Sexo	45. Consanguinidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene vacuna SARS-CoV-2	48. Cual/Fecha vacuna SARS-CoV-2	49. Discapacidad	50. RECAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL/TOTAL
01							
02							
03							
04							
05							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Complejo Multifamiliar	Fase / Etapa	Centro Poblado	Barrio / Vereda	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a reconocer por la EPS
01								
02								
03								
04								
05								

Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01		
02		
03		
04		
05		

1. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

5. Código de la IPS
(si aplica para la IPS)

6)
7)
8)
9)
10)
11)

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

12. Nombre o razón social
WR ingeniería y construcción

13. Ubicación
Cl 8F # 79-99

14. Tipo de documento de identificación
Nit

15. Número del documento de identificación
900702141-4111513

16. Dirección de notificación
hsegebuss@ingenieros.com

17. Municipio de notificación
Bogotá

18. Tipo de aportante (empleador, independiente, pensionado, cotizante voluntario, cotizante con ingresos diferentes a salario, aportante del régimen especial, aportante del régimen de excepción, entre otros)
Bogota

VI. REPORTE DE NOVEDADES

19. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de cotizante/afiliado
2. Corrección de datos básicos de beneficiarios
3. Actualización del Documento de Identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Inscripción de cotizante/afiliado
6. Retiro de cotizante/afiliado
7. Traslado de beneficiarios a otra afiliación colectiva
8. Reporte de novedades de aportes
9. Inscripción de beneficiarios
10. Traslado de cotizante/afiliado a otra EPS
11. Traslado de beneficiarios a otra EPS
12. Terminación de la afiliación colectiva por cambio de EPS
13. Terminación de la afiliación colectiva por terminación del contrato
14. Suspensión EPS temporal
15. Cancelación a una afiliación colectiva para afiliarse individualmente
16. Cancelación de una afiliación individual para afiliarse colectivamente
17. Traslado a Régimen Contributivo
18. Traslado a Régimen Subsidiado
19. Traslado a Régimen Especial
20. Traslado de Régimen Contributivo a Régimen Subsidiado
21. Reporte extemporáneo de novedad de ingreso
22. Reporte extemporáneo de novedad de retiro
23. Traslado de la Unidad de Pensionado
24. Traslado a Régimen Excepción
25. Traslado a Régimen Especial
26. Traslado a Régimen Contributivo

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

27. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	28. Sexo (M/F)	29. Fecha de nacimiento	30. Pueblo de nacimiento

31. EPS anterior	32. Fecha de novedad	33. Medio de trabajo virtual	34. Tipo de Vinculación Familiar o Pagador de Pensión no

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

35. Declaración de diligenciamiento, numeración de las formularios y anexos adicionales
36. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
37. Declaración de residencia de cotizante (si fuese mayor o viva fuera) que garantice su integración de las denominadas grandes a constituir sus beneficiarios
38. Declaración de no afiliación del cotizante, cotizantes fuentes, beneficiarios y afiliados colectivamente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
39. Autorización para que la EPS cobre y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
40. Autorización para que la EPS reporte la información que se produzca de la afiliación a las bases de operadores de la base de datos de afiliados y pasivo y a las entidades públicas que así lo requieran
41. 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 la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
42. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular suministrado en este formulario
43. Aceptación de las condiciones para transferirse a la Compañía de Salud de su elección
44. Aceptación de la conformación de grupos familiares en Contributivo Subsidiado según la normatividad vigente

IX. CONSTITUCIÓN SOLIDARIA

45. En caso de ausencia o fallecimiento del cotizante no familiar, registre la persona de los grupos familiares que se hará cargo del grupo de la Constitución Solidaria:

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

X. FIRMAS

Rogelio Jimenez.

XI. ANEXOS

57. Anexos que se consignan en la novedad (marcar)
01 02 17 03 04 05 06 07
TOTAL ANEXOS

58. Copia del documento de identidad del cotizante ampliado por las dos caras (cotizantes)
59. Copia del registro civil de nacimiento o de la cédula de ciudadanía (cotizantes mayores de edad)
60. Copia de la resolución de pensión y del acto administrativo de retiro, cesantías definitivas con descuento de nómina y/o liquidación de cesantías definitivas con certificación de retiro definitivo emitido por el fondo de cesantías (pensionados)
61. Copia del certificado de afiliación o acta de entrega del menor
62. Copia de la escritura pública o del acta de constitución de sociedad
63. Documento que acredite la calidad de padre, padrastro, o de persona con responsabilidad legal sobre el menor (cotizantes mayores de edad)
64. Copia de la sentencia de adopción (si aplica)
65. Certificación de vinculación a una entidad territorial, para cuotas de subsidio parcial
66. Copia del acta de conciliación y/o evidencia de las actividades complementarias de la que trata la calidad de cuidador o no cotizante

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

67. Departamento de la Entidad Territorial

Código del departamento

68. Nombre de la (institución)

Código del municipio

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

69. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

70. Firma del funcionario

71. Fecha de radicación

72. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

Declaro(a) que con la firma del formulario, el afiliado autoriza la veracidad de la información registrada y de los documentos anexados en la cantidad XX (XX) folios útiles.

Famisanar

NIT 830.003.564-7

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?	✓	
¿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?	✓	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	✓	

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera libre, expresa, clara, inequívoca e informada que he acudido a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en la ciudad de VILLAVICENCIO con el propósito de mis datos personales, su almacenamiento previa esta autorización, almacenar, usar, recolectar, transmitir y en general para todos los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información recopilada de mi persona, suministrada en relación y con la existencia de mi grupo familiar en sus áreas de salud, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en la POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en la web famisanar.com.co, o cual conozco y entiendo en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o reglamenten.

Así mismo, manifiesto que mi consentimiento, dado de forma libre y voluntaria a través de la Constitución Nacional y la Ley, sobre mis datos personales y sensibles, incluidos, recolectar, y disponer su información personal y realizar el procedimiento aplicado para el tratamiento de datos personales, cuanto sea legal y procedente (artículo 9° 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, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado: Rogelio Jimenez

Nombres y Apellidos: Rogelio Enrique Jimenez Identificación: 1095681099

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

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

SI NO

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Identificación:

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de los (8) ocho horas siguientes a la constancia de la muerte cerebral. El médico responsable 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 hace 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, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta 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

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:

ROGELIO ENRIQUE GUERRERO JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.681.049**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **ROGELIO ENRIQUE** Apellidos: **GUERRERO JIMÉNEZ**

Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141** Celular: 3028413363



Dirección: CRA 16 N 23-03 cc :1045681049 G.S RH: B+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: FAMISANAR	
Masculino☒ Femenino ☐	16/05/1986	39	ARL: SURA	AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael Alberto Gomes Conado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

ROGELIO ENRIQUE GUERRERO JIMENEZ

Con identificación Nº. *1045681049*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 8 horas realizadas en Bogotá

El 19 de abril de 2025 hasta el día 19 de abril de 2025

Empresa que remite al trabajador: WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS
NIT 900702141-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador SURA
Representante Legal SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA
Sector Económico: CONSTRUCCION

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de abril de 2025

JUAN CARLOS GUACANEME
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia *36 -0937 DE 2018***

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:49:11 AM horas del 19/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1045681049**
Apellidos y Nombres: **GUERRERO JIMENEZ ROGELIO ENRIQUE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 19 de julio de 2025, a las 10:49:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1045681049
Código de Verificación	1045681049250719104930

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Datos del ciudadano

Señor(a) ROGELIO ENRIQUE GUERRERO JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1045681049.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: sábado, julio 19, 2025 - Hora de consulta: 10:49:52

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Privacidad - Términos

Por Robert Pineda, para CDI Software, 2013

OTRAS ENTIDADES

Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia
Código Postal: 11032
Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua
Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 73562655

RIVERA PALENCIA
APELLIDOS

SANDRO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1969
SAN MARTIN DE LOBA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 ESTATURA | O+ G S RH | M SEXO

14-DIC-1987 SAN MARTIN DE LOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMEDATRIZ BENGOECHEA LOPEZ

INDICE DERECHO

A-0502800-30111032-M-0073582655-20030624 01378 03175P 01 106740793

Medellín, 28 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que SANDRO RIVERA PALENCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 73562655 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 29/07/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

WRUSSY INGENIEROS SAS N901109885

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000321 - CACOM N° 3 GUAJIRA

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411201 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411201

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C802123802520934001

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: 28/07/2025 9.26 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

mutualser

Rivera

Palencia

Sandro

93567655

06 01 81 1969

$1'423.300

Cra 82 C 33-38

Barranquilla

3206624404

2csandroriverap@gmail.com

Atlántico

Sandro Rivera

Cra 82 C 33-38

93567655

2csandroriverap@gmail.com

Barranquilla

Atlántico

mutualser

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. DATOS DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

1 Ingreso por primera vez al régimen contributivo
2 Traslado desde otra Entidad Promotora de Salud
3 Actualización de documento de identidad
4 Actualización de nombres y apellidos
5 Terminación de la suspensión de la EPS
Código: ____
6 Traslado por mora en la EPS
7 Ingreso por terminación de vínculo laboral o relación legal y reglamentaria
8 Ingreso por Retiro Voluntario de otra Administradora del Régimen Contributivo
9 Traslado por novedad laboral o cambio de la modalidad de contratación para cotizar en el SGSSS
10 Corrección de datos de la novedad registrada en la transacción anterior
11 Ingreso de Cotizante Activo
12 Ingreso de Beneficiario
13 Movilidad: 1 Régimen Contributivo; 2 Régimen Subsidiado; 3 Régimen Especial; 4 Excepción Régimen
14 Traslado: 1 Régimen Contributivo; 2 Régimen Subsidiado; 3 Régimen Especial; 4 Excepción Régimen
15 Retiro de Beneficiario
16 Retiro de Cotizante por terminación de vínculo laboral o relación legal y reglamentaria
17 Retiro de Cotizante por pérdida de la calidad de Pensionado
18 Retiro de Cotizante por fallecimiento

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

40. Unidad Médica de Identificación

Tipo de documento de identificación | Número de identificación | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento

49. Primer Apellido | 50. Segundo Apellido | 51. Primer Nombre | 52. Segundo Nombre

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

53. Declaración de afiliación voluntaria al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
54. Declaración de ingresos y patrimonio.
55. Autorización para consultar información financiera.
56. Autorización para el descuento de aportes a cargo del afiliado cotizante.
57. Autorización para el descuento de aportes a cargo del afiliado cotizante.
58. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la prestación del servicio de salud a la Base de Datos de Afiliados según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
59. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la prestación del servicio de salud a la Base de Datos de Afiliados según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
60. Autorización para consultar los datos en la Base de Datos de Afiliados del SGSSS y de la Registraduría Nacional del Estado Civil de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
61. Autorización para [illegible] para el manejo de datos personales de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

62. FIRMAS

63. Firma del Afiliado o Representante | 64. Firma del Funcionario

IX. ANEXOS

65. Anexos según el tipo de novedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
Tipo de Afiliado: 1 2 3 4 5 6 7 Total: ____
66. Copia del documento de identificación del cotizante
67. Copia del registro civil de nacimiento del beneficiario
68. Copia de la tarjeta de identidad del beneficiario mayor de siete años
69. Copia del registro civil de nacimiento del beneficiario
70. Copia de la tarjeta de identidad del beneficiario mayor de siete años
71. Copia del documento de identificación del cotizante
72. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
73. Declaración de convivencia
74. Copia del acta de conciliación
75. Copia del documento de identificación del cotizante
76. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
77. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
78. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
79. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
80. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
81. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
82. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
83. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
84. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
85. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
86. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
87. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
88. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
89. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad
90. Copia del documento de identificación del beneficiario mayor de edad

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA

91. Identificación de la Entidad Territorial — Código del departamento | Código del municipio
92. Datos del Afiliado — Número de Folio | Formato | Nivel
93. Tipo de empleador
94. Fecha de radicación

95. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad | Número de identificación del funcionario | Nombre del funcionario

Observaciones:

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:

SANDRO RIVERA PALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.562.655**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.916

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS**

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RIVERA PALENCIA SANDRO	MASCULINO	55 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	73562655 (Número)

Cargo
MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PRA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

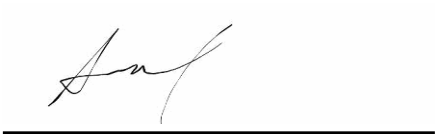
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

F639L1R55916

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RIVERA PALENCIA SANDRO

CC: 73562655

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:04:25 PM horas del 10/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **73562655**
Apellidos y Nombres: **RIVERA PALENCIA SANDRO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 10 de julio de 2025, a las 16:05:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	73562655
Código de Verificación	735626552507101605O2

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Datos del ciudadano

Señor(a) SANDRO RIVERA PALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 73562655.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: viernes, julio 11, 2025 - Hora de consulta: 12:22:20

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales prevista la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Privacidad - Términos

Por Robert Pineda, para CDI Software, 2013

OTRAS ENTIDADES

CONTRALORÍA

CONTADURÍA

AUDITORÍA

FISCALIA

GOBIERNO DIGITAL

Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

GOV.CO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 72.340.890

TOSCANO PEREZ

APELLIDOS

VICTOR ALFONSO

NOMBRES

Victor Toscano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1985**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ABR-2003 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0300150-00253058-M-0072340890-20100830 0023658807A 1 3350849388

Medellín, 23 de Julio 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C72340890	TOSCANO PEREZ VICTOR ALFONSO	24/07/2025		93232962	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802520450468

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2025 14:01:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COOSALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Estamos cambiando

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

A. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. SOPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. COTIZANTE [X] B. BENEFICIARIO [ ] C. ADICIONAL [ ]
3. REGIMEN: A. CONTRIBUTIVO [X] B. EXCEPCIÓN [ ]
4. CONTINUIDAD RÉGIMEN: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. COTIZANTE [X] B. CABEZA DE FAMILIA [ ] C. BENEFICIARIO [ ] D. ADICIONAL [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. DEPENDIENTE [X] B. INDEPENDIENTE [ ] C. PENSIONADO [ ]
7. OTROS

B. AFILIACIÓN

B1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del solicitante o menor de Edad)

1. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Toscano | SEGUNDO APELLIDO: Perez | PRIMER NOMBRE: Victor | SEGUNDO NOMBRE: Alfonso
2. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] AS [ ] PT [ ]
3. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72.340.890
4. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
5. SEXO AUTORRECONOCIDO: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro ¿Cuál?
6. NACIONALIDAD: Colombiana
7. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: Colombia | DEPARTAMENTO: Atlantico | MUNICIPIO: Barranquilla
8. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 14 | MES: Dic | AÑO: 1985

B2. DATOS COMPLEMENTARIOS

9. ZONA: [ ]
10. ETNIA: [ ]
11. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ]
12. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL: [ ]
13. NIVEL SISBEN: [ ]
14. GRUPO: [ ]
15. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL: [ ]
16. ARL: Sura
17. EPS: Sanitas
18. IPS: [ ]
19. TELEFONO FIJO: [ ]
20. TELEFONO CELULAR: 3228547917
21. CORREO ELECTRONICO: victor.toscano1985@gmail.com
22. DEPARTAMENTO: Atlantico
23. MUNICIPIO/ DISTRITO: Barranquilla
24. LOCALIDAD/ BARRIO/ VEREDA: Barranquilla
25. ZONA: RURAL [ ] URBANA [X]
26. DIRECCIÓN: Cra 44 # 34

B3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Diligencie solo beneficiarios del beneficiario principal o cotizante no pensionado

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO AUTORRECONOCIDO: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro ¿Cuál?
32. PARENTESCO
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos Obligatorios de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES RESPECTIVOS DE LOS CONYUGES	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. PARENTESCO	39. SEXO BIOLÓGICO F	M	40. SEXO AUTORRECONOCIDO F	M	T	NR	Otro ¿Cuál?	41. LUGAR DE NACIMIENTO País	Departamento	Municipio	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. Etnia	44. Nivel	45. Ocupación	46. Nivel de Escolaridad	47. Discapacidad	48. Grupo Poblacional Especial	49. Dirección de residencia	50. Zona
01								
02								
03								
04								
05								

	51. Entidad a la que está afiliado	52. Tipo de cotizante	53. Ingreso	54. Fecha de ingreso	55. Retiro	56. Fecha de retiro
01						
02						
03						
04						
05						

B4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y PERSONA AUTORIZADA Y/O RESPONSABLE POR DILIGENCIAR EL TRÁMITE O DE LOS PRESTADORES COMPROMETIDOS DE LA ATENCIÓN ESPECIAL, INSTITUCIONAL O DE UNIDAD

57. Empleador o razón social: (1) Russell Mercancias
58. Tipo documento de identificación: NI [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
59. Número de identificación: 901.109.865
60. Dirección: Cll 81 # 58-194
61. Teléfono: 4773573
62. Correo electrónico: russell.mercancias@gmail.com
63. Ciudad: Bogotá
64. Departamento: Bogotá
65. Número de folios que entrega: [ ]

C. SOPORTE DE NOVEDADES

66. TIPO DE NOVEDAD:
1. Inclusión de un nuevo afiliado en beneficiario [ ]
2. Inclusión de un nuevo afiliado en cotizante [ ]
3. Corrección de datos básicos de identificación [ ]
4. Actualización del documento de identidad [ ]
5. Actualización y/o corrección de datos complementarios [ ]
6. Actualización de la ubicación de la UPC - Código [ ]
7. Soporte de pago a cuenta de terceros - Código [ ]
8. Inclusión de beneficiario por nacimiento, hijo adoptivo o hijastro [ ]
9. Exclusión de beneficiario o de afiliado adicional [ ]
10. Traslado de IPS [ ]
11. Inclusión de beneficiario por adopción [ ]
12. Exclusión de beneficiario por pérdida de la calidad de hijastro [ ]
13. Inclusión de beneficiario por reconocimiento [ ]
14. Exclusión de beneficiario por fallecimiento [ ]
15. Cambio de cabeza de familia [ ]
16. Inclusión de beneficiario por declaración judicial [ ]
17. Exclusión de beneficiario por orden judicial [ ]
18. Novedad:
a) Por actualización de información [ ]
b) Por otra novedad [ ]

19. Traslado:
a) Entre regímenes [ ]
b) Dentro del régimen [ ]
20. Retiro voluntario [ ]
21. Retiro por mora en el pago de aportes [ ]
22. Retiro de la cabeza de familia [ ]
23. Retiro de beneficiario [ ]
24. Retiro por fallecimiento [ ]
25. Retiro por pérdida de condiciones [ ]
26. Retiro por orden judicial [ ]
27. Retiro por otra causa [ ]

D. ESPACIO PARA EL SOPORTE DE LA DIVISIÓN

D1. DATOS RADICADO DE ORIGINACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL AFILIADO — PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | SEXO AUTORRECONOCIDO: F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro ¿Cuál?

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DÍA | MES | AÑO | FECHA RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO | PUNTO DE RADICACIÓN | CÓDIGO

D2. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de no pertenencia a otro régimen [ ]
69. Declaración de la co-obligación de afiliar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
70. Declaración de existencia de vínculo de familia y/o unión marital que legitime el embargo de los documentos que acrediten la condición de beneficiario. Artículo 2.2.1.2.1.2 del Decreto 780 de 2016. [ ]
71. Declaración de no pertenencia del cónyuge, padres o hijos beneficiarios a ningún régimen de excepción. [ ]
72. Declaración de no pertenencia del cónyuge, padres o hijos beneficiarios a ningún régimen de excepción. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o menor de edad y de sus beneficiarios a cualquier prestador. [ ]
74. Autorización para la EPS consultar la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. [ ]
75. Autorización de la EPS realizar consultas de los datos suministrados del cotizante y/o de sus beneficiarios en bases de datos de referencia crediticia. [ ]
76. Autorización para que la EPS realice el tratamiento de los datos personales del cotizante y/o de sus beneficiarios, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
77. Autorización para que la EPS no contacte con fines comerciales a los cotizantes y/o beneficiarios que se encuentren registrados en el Registro Nacional de No Llamar. [ ]
78. Aceptación de términos y condiciones para ejercicio de Portabilidad y Movilidad Temporal. [ ]
79. Autorización para la suscripción del pagaré en blanco y las cartas de instrucciones, según la modalidad del Crédito Hipotecario. [ ]

D3. CONTINUIDAD SOLIDARIA

80. Firma mayor de edad miembro de familia, responsable de pagar los aportes de los cargos familiares que hacen parte del grupo de la Cabeza de Familia Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS — PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ] | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

81. FIRMA: Victor Alfonso Toscano

82. Si cotizante, relación de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 83. Si menor de edad, relación de parentesco con el afiliado

E. ANEXOS

84. Número total de folios de anexos: [ ]

Cantidad:

91. Copia del documento de identidad del menor de edad o del adulto que lo acompaña
94. Original del registro civil de nacimiento o de la Constancia expedida por la autoridad competente
95. Copia de la sentencia judicial o conciliación cuando se declare el divorcio, separación judicial de cuerpos, de bienes o cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, unión marital de hecho o unión libre.
96. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor
97. Copia de la carta laboral o del acto administrativo de nombramiento
98. Documento en que conste la solicitud de la patria potestad o el certificado de una entidad que los ampare o la sentencia proferida por el respectivo juzgado ejerciendo la custodia de menor edad.
99. Copia de la sentencia de custodia del juzgado de la Unidad Investigativa, Acusación y Juicio (Ley 906 de 2004) o del artículo 7 (Ley 600 de 2000)
100. Certificación de convivencia expedida por la autoridad competente
101. Copia del acta de conciliación o providencia de las autoridades competentes en los que se exima a alguno de los padres o a ambos de la obligación de dar alimentos

Total Anexos: [ ]

F. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA DE PRESTACIONES ESPECIALES

102. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] | Código del Departamento [ ] | 103. NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN

III. DATOS DE LA PERSONA QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

104. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] | NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 105. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO | 107. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

Declaro que este es Único de Diligencia, el cual contiene la verdad de la información registrada y de sus declaraciones contenidas en el capítulo III del formulario.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, LUCIO ANTONIO TORRES PEREZ identificado (a) con [R.C.] [T.I.] [X] [C.E.] [S.C.] [C.D.] [P.E.] [P.T.]
número 72510890 de Barranquilla, certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] NO [ ]	Así mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. 3205497417 y/o correo electrónico: lucioantonio1@hotmail.com
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI [X] NO [ ]	SI [X] NO [ ]
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] NO [ ]	Acepto la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI [X] NO [ ]
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI [X] NO [ ]	Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web: https://www.coosalud.com/es/afiliados/carta-derechos-deberes-pdf
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue aclarada adecuadamente por la EPS?	SI [X] NO [ ]	Estamos muy atentos para ser atendido con el plenario SI [X] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

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

Huella

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

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

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos descriptivos de este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará COOSALUD EPS, en su calidad de responsable del tratamiento de datos personales de la COOSALUD EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la presente autorización, autorizo libremente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999 a COOSALUD EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos. A través de aplicaciones como: short message service – mensaje electrónico y redes sociales relacionadas con los servicios de COOSALUD EPS S.A. y la carta de derechos y deberes. Autorizo de manera expresa a COOSALUD EPS S.A. y/o a quien ella designe para enviarme mensajes para este mismo efecto, almacenar esta misma información y/o datos personales, como soporte de los servicios de COOSALUD EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y los decretos reglamentarios modificatorios o complementarios.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos con relación frente al responsable del tratamiento y el encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos parciales, inexactos, incompletos, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento del titular, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a sus datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Revocar la autorización y solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

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

Llámanos gratuitamente desde tu celular: 9122 o desde un teléfono fijo: 018000 515511
Correo: defensorcomunitario@coosalud.com – web: www.coosalud.com

Según indicación, la información por usted suministrada en este formato, los datos recolectados en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos serán utilizados por COOSALUD EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información proporcionada para los fines registrales, administrativos, de comercialización y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012. "Habeas Data", dicho tratamiento podrá realizar la transmisión y/o transferencia de los datos, y el cual se realizará a través de la página, terceros encargados del tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la forma establecida en la Normas, y Condiciones de carta arte de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Consentimiento de donación de órganos

La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4° establece **"ARTICULO 4°. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación.** Toda persona podrá oponerse a la presunción legal de donación consignando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y Validarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de afiliarse a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS)."

La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte, autoriza la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es altruista y ofrecida sin que por ello se hagan comentarios o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 75 personas. El trasplante de órganos es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos o células enfermos son reemplazados por los de un donante. Estos procedimientos o cirugías complejas requieren de un donante vivo o de personas cerebro muerto o muerte encefálica. Para ser donante hay que cumplir con ciertos requisitos médicos y legales. Es importante saber para optar y cumplir su deseo de ser un gran colombiano que necesitas ser mayores de edad y no tener ningún impedimento médico o condición especial. La donación es un acto de solidaridad que la sociedad hace en beneficio a otra persona.

Es deber de la persona: la encargada o encargada el cuerpo a la que ejerce o han donado de órganos, tejidos, componentes anatómicos y circunstancias especiales, manifestó a cierta persona en calidad por usted cargos "Yo, _____ identificado (a) con el número de identificación _____ de plena uso de mis facultades mentales, libre de presiones físicas o morales, con libertad y voluntad libre, pero de forma consciente de mi decisión de órganos, tejidos, componentes anatómicos y derecho organizar, declaro que será entregado al Instituto Nacional de Salud (INS).

ACEPTO Después de mi fallecimiento deseo donar:

Todos los órganos y/o tejidos, componentes anatómicos y derechos posibles para fines de trasplantes o otros usos terapéuticos.

Solamente los siguientes órganos o tejidos:

Corazón	Páncreas
Pulmones	Piel
Hígado	Intestino
Riñones	Tejidos
Córneas (ojos)	Huesos

NO ACEPTO

Firma y Huella

Si el donante no sabe o no puede leer, un testigo puede firmar

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE. ESTA SECCIÓN SERÁ IGUAL A ESPEJO A 1 SMMLV

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

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Primaria ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ Preescolar ☐ Media académica o clínica Especialización Medica ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Ninguno Otros Cuales ☐ Básica Primaria ☐ Básica Secundaria Media ☐ Tecnológico ☐ Maestría ☐ Ayudante ☐

Relación Contractual: Persona Empleadora ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato: Fin Contrato:

AUTORIZO (AMOS) EXPRESAMENTE A COOSALUD EPS PARA QUE CONSULTE, REPORTE O ACTUALICE EN LOS BANCOS DE DATOS LA INFORMACIÓN QUE ME HAYA SUMINISTRADO O QUE REPOSE EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD, DE ACUERDO CON LA LEY 1266 DE 2008 Y LA LEY 1581 DE 2012.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero: Tipo de Identificación: RC / TI / CC / CE / Identificación del Tercero que realiza el Aporte: DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
			DEDO Y FIRMA

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:

VICTOR ALFONSO TOSCANO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.340.890**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.691

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TOSCANO PEREZ VICTOR ALFONSO	MASCULINO	40 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	72340890 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBA	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

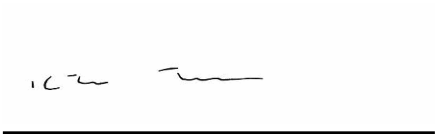
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

N639T1Z55691

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TOSCANO PEREZ VICTOR ALFONSO

CC: 72340890

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de julio de 2025, a las 11:45:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	72340890
Código de Verificación	72340890250722114536

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.047.218.465**

LOPEZ JARAMILLO

APELLIDOS

WILSON ALFONSO

NOMBRES

wilson A. lopez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-1987**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

06-JUL-2005 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0301300-00996187-M-1047218465-20180413 **0060**797417A 1 9903909002

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:46:39 AM horas del 22/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **72340890**
Apellidos y Nombres: **TOSCANO PEREZ VICTOR ALFONSO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Medellín, 05 de Mayo 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000197 - BIBLORED, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1047218465	LOPEZ JARAMILLO WILSON ALFONSO	22/04/2025		229M6151	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802512550231

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 05/05/2025 13:57:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	243.000	0	0	0	0	0	0		243.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	691.000	0	0	0	0	0	0		691.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	406.500				406.500	0	0	406.500			4.065	406.500	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF13	Comfaca	891190047-2	252.800	0	0	252.800	6

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	233.700	233.700
Pensión	2	934.000	934.000
Riesgos Laborales	1	406.500	406.500
CCF	1	252.800	252.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.827.000	1.827.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
NI	900702141-8	WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION		CALLE 11B BIS A 78-23	4111513	hseq@wrussyingenieros.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	CAQUETA OP	CAQUETA OP	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-05	E	10/06/2025	87150857	$1.827.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1045681049	GUERRERO JIMENEZ ROGELIO ENRIQUE	1	0			S		X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF13	284.700	11.400	0	0	0	0	0
2	CC	1047218465	LOPEZ JARAMILLO WILSON ALFONSO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1098694789	QUIROGA RAMIREZ ELKIN FERNEY	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1134183545	GUERRERO GOMEZ JOSE MARIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	8572227	PEREZ FERRER JUAN MIGUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF13	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	86070716	CABEZAS RIVAS EDUIN ANDREZ	1	0			S		X															230201	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS002	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF13	334.048	13.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:

WILSON ALFONSO LOPEZ JARAMILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.218.465**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
16/04/2025	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☒ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: **WILSON ALFONSO**		Apellidos: **LOPEZ JARAMILLO**	
Razón social**: WR INGENIEROS NIT 900.702.141**		Celular: 3028413363	
Dirección: CLL 5 CRA 60-10	cc :1047218465	G.S RH: A+	
Genero **Masculino☒ Femenino ☐**	Fecha de nacimiento 23/03/1987	Edad en años: 38	EPS: MUTUALSER / ARL: SURA / AFP: COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
16/04/2025	AYUDANTE DE OBRA	OPERATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría,hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☐SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☐SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**



X Wilson Lopez

Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

WILSON ALFONSO LOPEZ JARAMILLO

Con identificación Nº. *1047218465*

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 8 horas realizadas en Bogotá

El 19 de abril de 2025 hasta el día 19 de abril de 2025

Empresa que remite al trabajador: WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS
NIT 900702141-8
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador SURA
Representante Legal SUAREZ GUERRERO YURY YOHANA
Sector Económico: CONSTRUCCION

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 19 de abril de 2025

JUAN CARLOS GUACANEME
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia *36 -0937 DE 2018***

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:31:10 AM horas del 07/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1047218465**
Apellidos y Nombres: **LOPEZ JARAMILLO WILSON ALFONSO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de julio de 2025, a las 08:31:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1047218465
Código de Verificación	104721846525070708313 7

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.474.209

MARTINEZ DURAN

APELLIDOS

YEFERSON

NOMBRES



Yeferson Martinez D

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-2001**

TALAIGUA NUEVO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAY-2019 TALAIGUA NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0611000-01085050-M-1002474209-20190716 0066514403A 2 526594627

Medellín, 28 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002474209	MARTINEZ DURAN YEFERSON	29/07/2025		16016162	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 28/07/2025 10:13:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(ORIGINAL - E.P.S.) — 1A COPIA: EXPLICACIÓN O DATO TRASCENDENTAL —

mutualser

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliado: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia (Beneficiario o afiliado adicional) [ ] C. Institucional [ ] D. Pensión [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] C. Excepción [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cónyuge [ ] C. Compañero(a) permanente [ ] D. Padre [ ] E. Madrastra [ ] F. Hijo [ ] G. Hijastro [ ] H. Hijo adoptivo [ ] I. Hermano [ ] J. Abuelo [ ] K. Otro familiar [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
6. Ocupación: [ ]
7. Código (Lo diligencia solo la EPS): [ ]

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

8. Apellidos y nombres: Apellido: MUÑOZ Segundo apellido: DUAN Primer nombre: YEFERSON Segundo nombre:
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1.002.494.209
11. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Fecha de nacimiento: 02 05 2001 (Día Mes Año)
13. Lugar de nacimiento: Departamento: [ ] Municipio: [ ]
14. Zona de residencia habitual: Urbano [X] Rural [ ]
15. Dirección de residencia habitual: BARRANQUILLA
16. Teléfono: 3285347413
17. Departamento de residencia habitual: ATLANTICO
18. Municipio de residencia habitual: BARRANQUILLA
19. País de residencia habitual: COLOMBIA

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

20. Apellidos y nombres:
21. Tipo de documento de identidad:
22. Número del documento de identidad:
23. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
24. Fecha de nacimiento:

Datos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	25. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	26. Tipo de documento de identidad	27. Número del documento de identidad	28. Sexo: F	28. Sexo: M	29. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	30. Parentesco	31. Orden	32. Discapacidad	Clase: M	Clase: SE	Cotizante: F	Cotizante: C
01							
02							
03							
04							
05							

	33. Nombre de la entidad promotora de salud anterior	Tipo: Cotizante	Tipo: Beneficiario	34. Régimen anterior	35. Tiempo de cotización en la EPS anterior	36. Causal de la EPS de origen para la movilidad (si registra una EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

	37. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (Lo diligencia la EPS)
a		
b		
c		
d		
e		
f		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y DATOS APORTANTES (O DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO)

38. Nombre o razón social: LUR ingeniería y Construcción
39. Tipo de documento de identificación: NIT
40. Número del documento de identificación: 900702141
41. Tipo de aportante (Lo registra por la EPS):
42. Dirección: Cll 8F # 99-99
43. Teléfono: 4111513
44. Correo electrónico: luringenieria@hotmail.com
45. Departamento: Bogotá
46. Municipio: Bogotá

— 2a COPIA: AFILIADO —

- ORIGINAL: E.P.S. -   - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad [ ] | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 24 07 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

YEFERSON MARTINEZ
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, entidad o agente responsable de la afiliación colectiva

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del Departamento [ ] | 67. Datos del SISBEN: Número de Ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado reconoce la veracidad de la información suministrada y de los documentos contenidos en el formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

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:

YEFERSON MARTINEZ DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.474.209**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Julio 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.

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 55.870

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

MARTINEZ DURAN YEFERSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS	CC	100247409
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR UROLOGIA POR SU EPS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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

Médico

Firma: Dra. Lisette Pérez R. Medico Especialista en Salud Ocupacional Reg. 6698 Res. 02603

Nombre: CC: 1129487499 - LISETTE TATIANA PEREZ

R. M.: 6698 **L.S.O.:** 3581

Código de Seguridad
N639T1Z55870

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ DURAN YEFERSON

CC: 100247409

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:56:43 AM horas del 28/07/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002474209**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ DURAN YEFERSON**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de julio de 2025, a las 09:57:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002474209
Código de Verificación	1002474209250728095711

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277205005

PIB
09:57:36

Bogotá DC, 28 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YEFERSON MARTINEZ DURAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002474209:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 8.572.588



Apellidos
CERVANTES ARIZA

Nombres
JOAQUIN PABLO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.79	M

Fecha de nacimiento
04 ABR 1977

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PONEDERA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
18 JUN 1997, PONEDERA

Firma

Joaquin Cervantes

Fecha de expiración
28 ENE 2035

072964846

REGISTRADOR NACIONAL
Nelson Enrique Gnecco

ICCOL072964846203035<<<<<<<<<<<
7704042M3501287COL8572588<<<<2
CERVANTES<ARIZA<<JOAQUIN<PABLO

Medellín, 05 de Agosto 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS, en el centro de trabajo 0000000342 - CACOM 3-MALAMBO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C8572588	CERVANTES ARIZA JOAQUIN PABLO	06/08/2025		je202291	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C802123802521737750

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 05/08/2025 10:29:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.44, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COOSALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Estamos cambiando

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Cervantes	Ariza	Joaquin	Pablo

Número documento de identidad: 8.572.588

Lugar de nacimiento: M | Malambo | Atlántico

Fecha de nacimiento: 04 | 04 | 1973

EPS anterior: Sura

ARP: Positiva

Municipio: Malambo

Departamento: Atlántico

Teléfono celular: 3208506115

Razón social: Wr ingeniería

Número del documento: 906.702.191-8

Teléfono: (1)8[illegible]-94

Ciudad: Bogotá

Firma: Joaquin Cervantes

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CERVANTES ARIZA JOAQUIN PABLO	MASCULINO	48 AÑOS 3 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	8572588 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBLS	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KILOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE SU EPS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.

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

Médico



Firma:

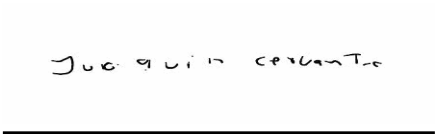
Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

B639H1N56160

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CERVANTES ARIZA JOAQUIN PABLO

CC: 8572588

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:15:33 PM horas del 01/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8572588**
Apellidos y Nombres: **CERVANTES ARIZA JOAQUIN PABLO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 01 de agosto de 2025, a las 17:17:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8572588
Código de Verificación	8572588250801171758

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277621510

PIB
17:18:36

Bogotá DC, 01 de agosto del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOAQUIN PABLO CERVANTES ARIZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 8572588:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 72.050.576
HERRERA ASCENCIO

APELLIDOS
ROBINSON ENRIQUE

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1977
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

13-JUL-1996 MALAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0302200-01202730-M-0072050576-20210119 0073122047A1 9914303805

Medellín, 05 de August 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 WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000342 CACOM 3-MALAMBO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C72050576	HERRERA ASCENCIO ROBINSON	06/08/2025		26134236	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 05/08/2025 08:26:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.85.55.161, 198.143.41.44, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

2. Registro de novedades: X

Cotizante: X

Dependiente: X

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer apellido: Herrera — Segundo apellido: Ascencio — Primer nombre: Robinson — Segundo nombre: Enrique

Tipo de documento de identidad: X — Número documento de identidad: 72.050.596 — Sexo: X — Fecha de nacimiento: 23 11 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

ARL: Sura

Administradora de pensiones: Colfondos — Ingreso base de cotización: $1423.500 — Dirección: Malambo-barrio — Zona: X

Municipio: Malambo — Departamento: Atlantico — Teléfono celular: 3205621710 — Correo electrónico: Robinson.Herrera@gmail.com

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre o razón social: W/ ingenieros SAS — Tipo documento: X — Número: 900702141

Dirección: Cll 8 F #79-94 — Teléfono: 4111513 3228549417 — Correo electrónico: hse@wrissyingeniero

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IX. FIRMAS

Robinson Herrera

X. ANEXOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

RESCATE IPS
NIT. 900831584-1
Carrera 14 No. 58-53 La Inmaculada, Soledad - Atlántico
Cel. 3041213773 - 3194701108 - Tel. 5-3187090
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.255

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS

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

WR INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS

Empresa en misión

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

HERRERA ASCENCIO ROBINSON ENRIQUE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	72050576
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICÉRIDOS	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : USAR LENTES DE PROTECCION (SOL, POLVO) VALORACION OFTALMOLOGIA DE SU EPS	DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS EVITAR EXPOSICION A MAS DE 85 DBA	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA LABORAR Y CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL.
CONTROL DE GLICEMIA Y LIPIDOS POR SU EPS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 8648533 - JOSE CARLOS NAVARRO

R. M.: 23959 **L.S.O.:** 1168

Código de Seguridad

S639Y1E56255

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERRERA ASCENCIO ROBINSON ENRIQUE

CC: 72050576

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:11:53 AM horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **72050576**
Apellidos y Nombres: **HERRERA ASCENCIO ROBINSON ENRIQUE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 05 de agosto de 2025, a las 08:12:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	72050576
Código de Verificación	72050576250805081218

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277767107

PIB
08:12:41

Bogotá DC, 05 de agosto del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROBINSON ENRIQUE HERRERA ASCENCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 72050576:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

ANEXO 5.
CAPACITACIONES

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION EXTINTORES

NOMBRE: MARCO Pertuz	CARGO: Ayudante	FECHA: 31- Julio	NOTA: 5

1. Cuáles son los tipos de incendios

Quimico (clase a) (clase b) (clase c) (clase d)

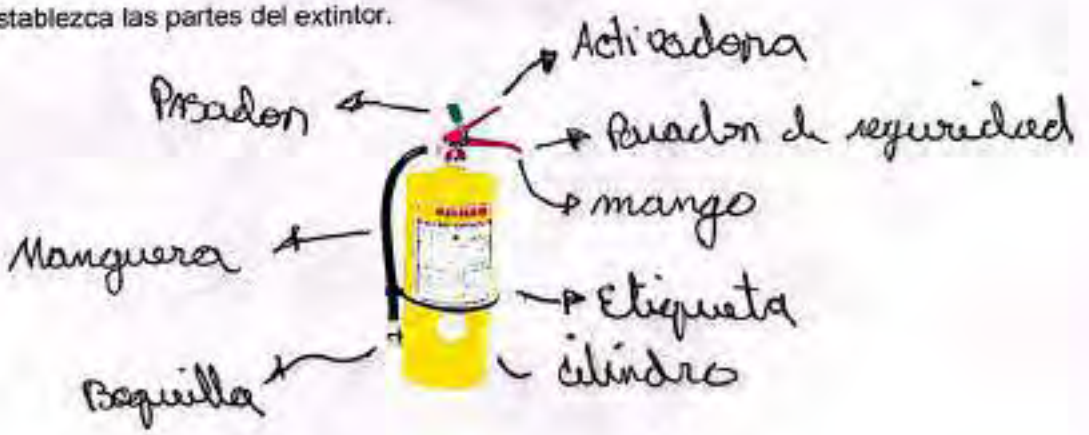
2. Cuales son los controles al extintor de incendios

Revisar en que estado esta el extintor (mantenimiento)

3. Cuales son los pasos para el uso del extintor.

Verificar Vencimiento
Examinar su estado
Quitar pin de seguro

4. Establezca las partes del extintor.



Marco Pertuz

FIRMA

Scanned with CamScanner

SOGESAR

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

EVALUACION EXTINTORES

NOMBRE: Jseles	CARGO: 31-07-25	FECHA: Oficial	NOTA: 5

1. Cuáles son los tipos de incendios

Químico A B C D

2. Cuales son los controles al extintor de incendios

Revisar en que estado esta el extintor (mantenimiento)

3. Cuales son los pasos para el uso del extintor.

Apagar el fuego
Quitarle el pink de seguridad y activarlo

4. Establezca las partes del extintor.



Jorge Sandoval

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

EVALUACION EXTINTORES

NOMBRE: Javier Santander	CARGO: Aprendiz	FECHA: 31-07-23	NOTA: 5

1. Cuáles son los tipos de incendios

Químicos. (Clase A, B, C y D)

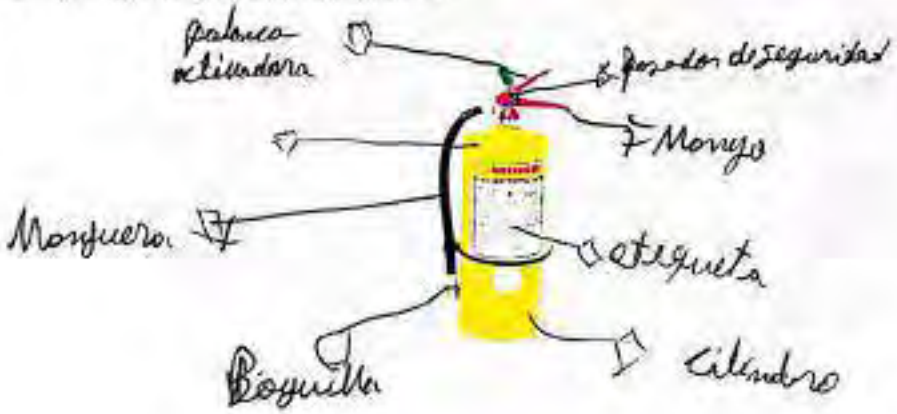
2. Cuales son los controles al extintor de incendios

Vencimiento (Mantenimiento)
Si esta usado
Estado

3. Cuales son los pasos para el uso del extintor.

Quitar el Pin de Seguridad y accionarlo.

4. Establezca las partes del extintor.



Javier Santander

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION EXTINTORES

NOMBRE: Jose Luis	CARGO: oficial	FECHA: 31-7-25	NOTA: 5

1. Cuáles son los tipos de incendios

químicos colase A colose b
colose c. colose d:

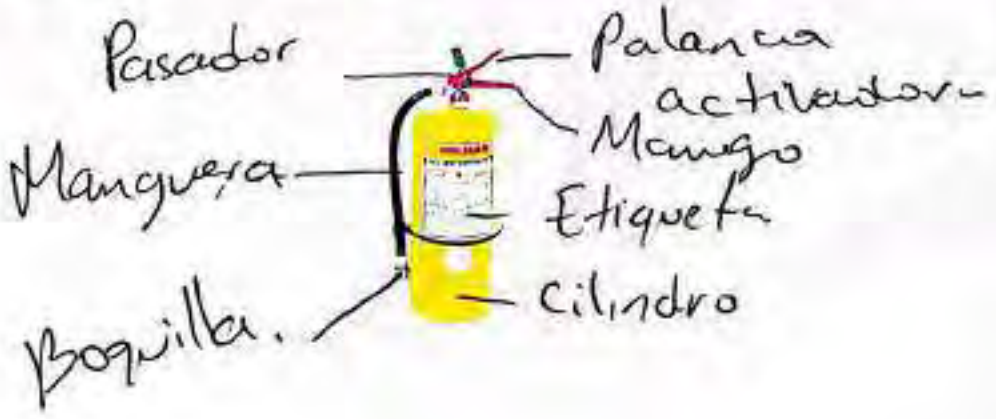
2. Cuales son los controles al extintor de incendios

Revisar siestro un buen estado
extintor

3. Cuales son los pasos para el uso del extintor.

Apagar los ramos.
Para iniciar. Hé incendio.

4. Establezca las partes del extintor.



FIRMA

Scanned with CamScanner

E RIESGOS

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

EVALUACION EXTINTORES

NOMBRE:	CARGO:	FECHA:	NOTA:
		31/7/25	5

1. Cuáles son los tipos de incendios,

Quimico Clase A, Clase B Clase C
Clase D.

2. Cuales son los controles al extintor de incendios

vencimiento (Mantenimiento)
Si esta usado
Estado.

3. Cuales son los pasos para el uso del extintor.

verificar vencimiento.
examinar su estado.
Quitar el pin del seguro.

4. Establezca las partes del extintor.



FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre:	Fecha: 31-07-23	Cargo: Inspector de Obra	Nota: 00

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable electrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento









Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Leidy Sandoval	Fecha: 31-07-2025	Cargo: Auxiliar	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable electrico expuesto

El riesgo de querer tocar un cable electrico expuesto sin guantes especiales



Ejemplo:



Ejemplo:









2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: David Argoti	Fecha: 31-07-25	Cargo: Oficial	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento









Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
(d.) Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
(c) Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Jorge Sandoval	Fecha: 31/7/25	Cargo: Auxiliar	Nota: 4.00

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable electrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:



Ejemplo:





Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus caracteristicas.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Jose Luis	Fecha: 31/07/25	Cargo: Oficial	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto

El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:



Ejemplo:









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: MARCO Bertuz	Fecha: 31-Julio-2025	Cargo: Aprendiz	Nota: 5

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable electrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable electrico expuesto



Ejemplo:



Ejemplo:









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
(d) Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
(c) Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

marco Beltrez

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Mauricio Hoyos	Fecha: 31/07/25	Cargo: Contratista	Nota: 5

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.









Ejemplo:

Ejemplo:









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre:	Fecha: 31-07-23	Cargo:	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   @ Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   @ Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores



FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Rogulio Guevara	Fecha: 31-07-23	Cargo: oficial	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   (d.) Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus caracteristicas.
   (c.) Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición
   d. Ninguna de las anteriores



FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Wilson Lopez	Fecha: 3107-2025	Cargo: Oficial	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
(d) Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
(c) Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Jhon Luis Rojas	Fecha: 31-01-23	Cargo: Ayudante	Nota: 10

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Augusto Garcia	Fecha: 31-07-23	Cargo: Ayudante	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

Augusto Pavia

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Efra. y 12	Fecha: 31-07-23	Cargo: Aprendiz	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Jose Andres	Fecha: 31-07-23	Cargo: Auxiliar pbmed	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Joaquin Leivo	Fecha: 31-07-25	Cargo: Ayudante	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento









Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

Joaquin cervantes

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Ivan Perez	Fecha: 31-07-25	Cargo: Ayudante	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Sergio Arce	Fecha: 31-01-23	Cargo: MAESTRO	Nota: 10

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.





Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: [illegible]	Fecha: 31-07-23	Cargo: Ayudante	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.







Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   (d) Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   (c) Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

Ingrid AS

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: [illegible]	Fecha: 31-07-23	Cargo: ayudante	Nota: 10

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable electrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.







Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   (d) Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
   (c) Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: JOHN RAMIREZ	Fecha: 31-07-25	Cargo: MAESTRO	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. **¿Qué se entiende por peligro?**

   a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
   b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
   c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
   d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. **¿Qué es el riesgo?**

   a. Reconocimiento de algunos riesgos
   b. Reconocer que existe el peligro y dar sus caracteristicas.
   c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
   d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre:	Fecha: 27-07-23	Cargo: oficial	Nota: 100

1. Identifique con un **círculo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable electrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

ROBINSON H

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Nelly Toscano	Fecha: 3-07-23	Cargo: Aprendiz	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.







El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Jorge Leal	Fecha: 31-07-23	Cargo: Operario	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.





El peligro de un cable eléctrico expuesto





El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento









Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

2. ¿Qué se entiende por peligro?

a. Es una situación que solamente genera accidentes de trabajo.
b. Es una fuente o situación que no genera riesgo para el trabajador.
c. Es una fuente que no está presente en el lugar de trabajo.
d. Es una fuente o situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad, lesión o una combinación de los dos.

3. ¿Qué es el riesgo?

a. Reconocimiento de algunos riesgos
b. Reconocer que existe el peligro y dar sus características.
c. Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición.
d. Ninguna de las anteriores

FIRMA

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	EVALUACION IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombre: Elkin Quiroga	Fecha: 09/08/25	Cargo: Ayudante	Nota: 100

1. Identifique con un **circulo** los riesgos y con una **X** los peligros que se encuentran en la imagen.



El peligro de un cable eléctrico expuesto



El riesgo de que una persona sin guantes especiales toque un cable eléctrico expuesto



Ejemplo:
Posibilidad de atropello



Ejemplo:
Tractor en movimiento.









Scanned with CamScanner

ANEXO 6. CHARLAS DE SEGURIDAD

WURSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-75
VERSION 1
FECHA APROBACION [illegible]

Fecha	14-07-25	Lugar:	campamento
Hora	7:00 AM	Tema	Riesgo ergonomico / pausas activas.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria [X] Entrenamiento [ ] Inducción [ ] Capacitación [ ] Otra [ ]

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	Yaquline Jimenez	Residente SST	Yaquline Jimenez	Wurssy.
2	Edgar Villamarin	Residente obra	[illegible]	Wurssy

Scanned with CamScanner

estado del interruptor de encend...

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha:	15-07-25	Lugar:	Carcel D
Hora:	7:00 AM	Tema:	Induccion 36-551 Trabajos activos.
Responsable:	Yadeline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☐ Entrenamiento ☐ Inducción ☑ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Arbeláez	oficial		
2	Wilson lopez	oficial		
3	Juan Perez	Ayudante		
4	Jose Guevara G.	Ayudante		
5	[illegible]	Ayudante		
6	Yadeline Jimenez	residente SST		
7	Edgar Hernandez	Revisador	[illegible]	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha:	16-07-23	Lugar:	cocora 3		
Hora:	7:00 AM	Tema:	Prevencion de accidents / perdidas dotivas.		
Responsable:	Yacqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST		
Charla Diaria: [X]	Entrenamiento: [ ]	Induccion: [ ]	Capacitación: [ ]	Otro: [ ]	

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Arboleda	Oficial		
2	Wilson Rojas	oficial		
3	Juan perez	Ayudante		
4	[illegible] G.	Ayudante.	G.	
5	Efrain R	Ayudante		
6	Yacqueline Jimenez	Residente SST		
7	Miguel Marsoma	Residente O	[illegible]	

Scanned with CamScanner

MOTORISTAS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	17-07-25	Lugar:	cacom 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	uso obligatorio de epp / pausas activas.
Responsable:	Jackeline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: X | Entrenamiento: ☐ | Inducción: ☐ | Capacitación: ☐ | Otro: ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Argote	Oficial		
2	Juan Perez	Ayudante		
3	Lorenzo G.	Ayudante		
4		Ayudante		
5	Wilson Lopez	Oficial		
6	Edgar Moncada	Ay Residente		

INGEAVCAD S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-78 VERSIÓN: 1 FECHA APROBACIÓN: 01/08/2018

Fecha:	18-07-2023	Lugar:	Cocom 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	Prevención del riesgo biológico / Pandemias.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST
Charla Diaria: ☑	Entrenamiento: ☐	Inducción: ☐	Capacitación: ☐ Otro: ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Argote	Oficial		
2	Juan Perez	Ayudante		
3	Efrain Ra	13603682		
4	Luis G.	1134 Ayudante		
5	Dilson Lopez	Oficial		
6	Edgar Marcos	Ayudante		

ANDAMIOS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-76 VERSION: 1 FECHA APROBACION: 01/08/2018

Fecha:	19-07-2025	Lugar:	Cocam 3
Hora:	7:00AM	Tema:	uso adecuado de herramienta/pasos seguros.
Responsable:	Yodeline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: ☑ Entrenamiento: ☐ Inducción: ☐ Capacitación: ☐ Otro: ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	DAVID ARGOTE	Oficial		
2	Wilson Lopez	oficial		
3	Juan Perez	Ayudante		
4	Efrain Ramirez	Ayudante		
5	Lorenzo G.	Ayudante		
6	Edgar Maxera	Ag Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO FOR-ASE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	21-07-2023	Lugar:	cocorn 3
Hora:	7:00 nM	Tema:	Riesgo electrico / pausas activas.
Responsable:	Yagudine Jimenez	Cargo:	Residente SST.

Charla Diaria ☑ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Nieto	Oficial		
2	Juan perez	Ayudante		
3	Rosmary Guevara.	Ayudante.		
4	Wilson Lopez	Oficial		
5	Efrain Ramirez	Ayudante		
6	Edgar Mancera	Reg Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-35 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha: 22-07-25 | Lugar: cacon 3

Hora: 7:00 AM | Tema: Uso de tedras y cajas activas.

Responsable: Yoseline Jimenez | Cargo: residente SST

Charla Diaria: ☑ | Entrenamiento: ☐ | Inducción: ☐ | Capacitación: ☐ | Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Argote	oficial		
	Juan Perez	Asistente		
	Wilson Lopez	oficial		
	Efrain Ramirez	auxiliante		
	Lorenzo G.	Asistente.		
	Edgar Narcea	Ingeniero		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-N	
		VERSIÓN 1	
		FECHA APROBACIÓN 01/08/2018	

Fecha:	23-07-23	Lugar:	cacom 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	USO de EPP / Reportes de eventos.
Responsable:	Yoseline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☒ | Entrenamiento ☐ | Inducción ☐ | Capacitación ☐ | Otra ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	Edgar Marcano	Arq Residente		WE
2	Luis Leonel Coral	Inspector de Obra		Urussy
3	[illegible]	Ayudante		WR
4	Daniel Arcos	[illegible]		
5	Luis Mario G.	Ayudante		
6	Wilson Lopez	Oficial		WR
7	Efrain Ramirez	Ay Liberte		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-24 VERSIÓN: 1 FECHA APROBACIÓN: 01/03/2019

Fecha:	25-07-2023	Lugar:	CACOM 5
Hora:	7:00 AM	Tema:	Induccion SG-SST - Pausas activas.
Responsable:	Jaquelme Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: ☒ | Entrenamiento: ☐ | Inducción: ☐ | Capacitación: ☐ | Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	Juan Carlos	Ayudar	Juan Carlos	
2	Victor Eduardo	Ayudar Electr		
3	Efrain Ramirez	Ayudante		
4	Alvaro Guerrero G	Ayudante		
5	MARIO FONTALVO	AYUDANTE	MFontalvo	
6	DAVID ARBEZ	OFICIAL		
7	Rogelio Ogarrio	oficial		
8	Wilson Lopez	Oficial		
9	Jay de la Cruz	Cerrajera		
10	NICOLAS	OFICIAL	NICOLAS	
11	Juan Perez	ayudante		
11	Alfonso Vergara	Maestro		
12	Luis C Martinez	Oficial		WRSST
13	Edgar Manchego	Ing Residente		
14	Luis Samuel Corral	Inspector		

WRSST

INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-78
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	25-07-25	Lugar:	CACOM 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	Induccion SG-SST / pausas activa.
Responsable:	Yoyce Jimenez	Cargo:	Residente SST
Charla Diaria:	X	Entrenamiento:	Inducción: Capacitación: Otro:

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Argote	Oficial		
2	Efrain Ramirez	Ayudante		
3	Leonardo G.	Ayudante.		
4	Juan Perez	Ayudante		
5	JOHN NAMIAS	MAESTRO		
6	ELKIN QUIROGA	Ayudante		
7	Alfonso Vergara	Maestro		
8	Yazid Fontalvo	AYUDATE		
9	Nicolas Asprilla	AYUDANTE		
10	Julio [illegible]	[illegible]		
11	Wilson Lopez	Oficial		
12	Leonardo Quiroga	oficial		
13	Jorge Santana	Auxiliar		
14	Yeiber Sanchez	Auxiliar		
15	Perez	Oficial		
16	Juan Sanchez Cuadrado	Inspector de obra		
	Edgar Maraca	Ag Residente		

VxV INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha	26-04-2025	Lugar	CACOM 3		
Hora	7:00 AM	Tema	Normas de bioseguridad SST / pausas activas		
Responsable	Jackeline Jimenez	Cargo	Residente SST		
Charla Diaria	X	Entrenamiento		Inducción		Capacitación		Otra	

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	MARIO Fontalvo	AYUDATO		
2	Luis C Martinez	PLOMERO		
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO		
	Juan perez	ayudante		
	Wilson Soto	oficial		
	Efrain Ramirez	AYUDANTE		
	David Ingeta	OPERADOR		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Jair Gamarra G.	ayudante		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Rogelio Quiroga	oficial		
	Jaider Sandoval	Auxiliar		
	Mauricio Mena	MAESTRO		
	JONY LUJO	OFICIAL		
	Jair Alexander Carrillo	Inspector de obra		
	NICOLAS MARTINEZ	ALVAÑIL		
	Juan Carlos Camargo	AYUDANTE		
	Jyl Leal	electricista		
	Vacante	Auxiliar ECO		
	Edgar Marcos	Arq Residente		

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	28-07-23	Lugar:	CACOM 5
Hora:	7:00 AM	Tema:	Socialización ATS1 pausas activas
Responsable:	Yoguline Jimenez	Cargo:	Residente SST
Charla Diaria: ☑	Entrenamiento: ☐	Inducción: ☐	Capacitación: ☐ Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Arjona	Oficial		
	Efrain Ramirez	Ayudante		
	Juan Perez	Ayudante		
	Lorero 6.	Ayudante		
	Ricardo Guevara	Oficial		
	Wilson Lopez	Oficial		
	Alfonso Jaraba	Maestro		
	Luis Castellanos	Operario		
	Elkin Ramos	Andamio		
	Jose Lilia	Cerrajista		
	Nicolas Martinez	Alvanil		
	Elkin Yancy Quiroga	Ayudante		
	Jorge Luis Sandoval	Auxiliar		
	Yoiber Sandoval	Auxiliar		
	Jorge [illegible]	Oficial		
	Mauricio Vargas	Contratista		
	Marco Perez	Ayudante		
	Alvaro Duarte Cuadrado	Inspector de obra		
	Edgar Mancera	Ag Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-78 VERSIÓN 1 FECHA APROBACIÓN 01/06/2018

Fecha:	29-07-2023	Lugar:	CNCOM3
Hora:	7:00 AM	Tema:	PDV de EPP, Personas activas.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☐ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Juan Eduardo Chaparro	Ingeniero de obra		
	Edgar Mancera	Aux Edgar Mancera		
	Luis C Martinez	Operario		
	DAVID Argote	MM operario	MM	
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Wilson Lopez	oficial		
	Rafael Ordoñez	oficial		
	Efrain Rico	Almacenista		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Juan Perez	Ayudante		
	Mario Gonzalez	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Nicolas Martinez	Ayudante	Nicolas	
	Sergio Ochoa	Maestro		
	Jorge Lobo	Celador		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-25 VERSION 1 FECHA APROBACION: 01/08/2019

Fecha:	30-07-23	Lugar:	CACON VIS
Hora:	7:00 am	Tema:	Induccion, SG-SST / Bienvenida
Responsable:	Yaqueline Jurado	Cargo:	Residentes SST
Charla Diaria: ☒	Entrenamiento: ☐	Induccion: ☐	Capacitacion: ☐ Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Luis C Zafra	Maestro		
	Wilson Lopez	oficial		
	SANDRO Leyva	MAESTRO		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Ragulo Gonzalez	oficial		
	Edgar Ramirez Arango			
	David Rigot	Oficial		
	Juan perez	Ayudante		
	Lisandro Guerrero	Ayudante		
	MARY FONTALVO	AYUDANTE		
	Manuel Dangond	ayudante		
	SALVADOR Rivera	MAESTRO		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Jose Luis Ramos	Ayudante		
	Jefferson Martinez	Ayudante		
	Augusto Gelvis	Ayudante		
	Leonel Arias G	Ayudante		
	Jayder cely	Contratista		
	NICOLAS MARTINEZ	AUXILIAR		
	Victor Tescoro	Ayudante ECO		
	Juan Samuel Canal	Inspector		
	Edgar Marcano	Ing Residente		

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-09 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	31/07/2023	Lugar:	CACOM 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	Manejo de extintores / pausas activas.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☑ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Efrain Ramí	Ayudante		
	Juan Perez	Ayudante		
	David Arbeláez	Oficial		
	Leonardo G.	Ayudante		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Alfonso Urrego	Maestro		
	Mario Fontalvo	Ayudante	Mario Fontalvo	
	Nicolas Martinez	Ayudante	Nicolas	
	Victor Toro	Ayudante		
	Marcelo Dandes	oficial		
	Wilson Davis	oficial		
	marco Portaz	Ayudante	marco portaz	
	Jaider Sanders	Ayudante		
	Juan Luis Ramos	Ayudante		
	Leonal Arias Garcia	Ayudante	Leonal AG	
	augusto Garcia	Ayudante	augusto	
	Yeferson Alarcon	Ayudante	Yeferson	
	Jorge Sandoval	Auxiliar	Jorge Sandoval	
	Sandra Rivera	Maestro, Oficial		
	Jaime Lopez	Contratista		
	Mauricio Mayo	Contratista		
	Luis C Martinez	Maestro		
	Carlos O Suarez	OFICIAL		
	Edgar Mancera	Arq Residente		
	Luis Saenz Coral	Inspector de obra		

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha	01-08-2025	Lugar:	CACOM 3
Hora	7:00 AM	Tema:	USO EPP / Pausas activas.
Responsable:	Yoseline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: Si / Entrenamiento: / Induccion: / Capacitacion: / Otro:

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	DAVID ARGOTE	OFICIAL		
	Juan Perez	Ayudante		
	Efrain Ramirez	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Manuel Bandera	Oficial		
	Mario Fontalvo	Oficial		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Wilder [illegible]	oficial		
	Lionel Arias Garcia	Ayudante		
	Augusto Garcia	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Nicolas Martinez	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Isidro Rivera	Maestro		
	Victor [illegible]	Ayudante Elec		
	[illegible]	Oficial		
	[illegible]	Auxiliar		
	Marco Perez	Ayudante		
	Jorge [illegible]	Auxiliar		
	[illegible]	Celador		
	[illegible]	Portero		
	Mauricio [illegible]	Contratista		
	Elkin Arroyo	Ayudante		
	[illegible]	Inspector de obra		
	Edgar Mackay R	Ing Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-19
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha: 02-08-23
Hora: 7:00 AM
Responsable: Yaiyna Jimd
Lugar: BACOM 3
Tema: Importancia de la inducción/procedimientos SST.
Cargo:

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Efraín Ramírez	Ayudante		
	Hermano Guerra.	Ayudante.		
	ERIN Quiroga	Ayudante		
	MARIO FONTALVO	AYUDANTE		
	Manuel Bandra	ayudante		
	Alfonso Uragon	Maestro		
	Javier Lizcano	Maestro		
	Jhon Cells Remy	Ayudante		
	Leonel Arias Garcia	Ayudante		
	edu justo barrera	Ayudante		
	Yeferson Martinez	Ayudante		
	Faiber Sandoval	Auxiliar		
	MARCO BAÑUZ	AYudante		
	NICOLAS MARTINEZ	AYUDANTE		
	[illegible]	Coordinador		
	[illegible]	Oficial		
	[illegible]	Contratista		
	Mauricio Hoyos	Contratista		
	Luis [illegible]	Operario		
	Diego [illegible]	[illegible]		
	Luis Carlos Cuevas	Inspector de obra		

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO FORMSST-18 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha	04-08-25	Lugar	CACOM 3
Hora	7:00 AM	Tema	Manejo Sustancias quimicas / Brigada de emergencia
Responsable	Yesenia Jimenez	Cargo	SST
Charla Diaria		Inducción	Capacitación	Otro

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Eduardo Ramirez	Ayudante	E Z	
	David Argoti	Oficial		
	Juan Perez	Ayudante		
	Lorenzo G.	Ayudante		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Mario Contalvo	Ayudante		
	Rogelio Guerrero	oficial		
	[illegible] Bonilla	ayudante		
	Jurlens Flores	Ayudante		
	Wilson Lopez	Oficial		
	Esteban Marshall	Ayudante		
	Augusto Garcia	Ayudante		
	Ivonel Arias Garcia	Ayudante		
	Marco Bolivar	Ayudante		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Sandro Rivera	Maestro		
	Jose C Martinez	Oficial		
	Nicolas Martinez	Alba Nil		
	[illegible]	Oficial		
	Victor Toscano	Ayudante		
	Jaider Sandoval	Auxiliar		
	Jorge Sandoval	Auxiliar		
	Carlos E Suarez	Oficial		
	Yuly Daniela Gaviria	Inspector obra		
	Yamid Monge	Contratista		
	Juan [illegible]	Ayudante		
	Edgar Narvaez	Ing Residente		

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-28 VERSION: 1 FECHA APROBACION: 01/08/2019	

Fecha:	05/08/2023	Lugar:	CACOM 7
Hora:	7:00 AM	Tema:	Norma de la base / gases activos
Responsable:	Yuyeline Jaramillo	Cargo:	SST
Charla Diaria:	☑	Entrenamiento:	☐
Inducción:	☐	Capacitación:	☐
Otro:	☐		

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Argel	Oficial	
	Efraín R	Ayudante	
	Juan Perez	Ayudante	
	Rosmario Guerrero	Ayudante	
	Erin Quiroga	Ayudante	
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO	
	ALFONSO Vergara	MAESTRO	
	MARIO FORTALVO	AYUDANTE	
	Manuel Dandon	AYUDANTE	
	Jeferson Mendoza	Ayudante	
	Augusto Garcia	Ayudante	
	Ironel Arcas Garcia	Ayudante	
	Samuel Pastrana	Maestro	
	Juan Luis Perez	Ayudante	
	Marco Pertuz	Ayudante	
	Wilson Rojas	Oficial	
	NICOLAS MARTINEZ	AYUDANTE	
	Jose	Oficial	
	Victor Tascon	Ayudante	
	Jorge Sandoval	Ayudante	
	Rafael Guerrero	Oficial	
	Jorge Sandoval	Auxiliar	
	Alvis Saumeth Carnival	Inspector Obra	
	Carlos Suarez	OFICIAL	
	Luis C Ochoa	OFICIAL	
	Edgar Mancera	Ay Pasidata	
	JOGI Andres	Ayudante.	

INCENDEROS S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha	06/08/23	Lugar	CACOM 3
Hora	7:00 AM	Tema	Riesgo electrico / pausas activas.
Responsable		Cargo	351

Charla Diaria ☑ | Entrenamiento ☐ | Inducción ☐ | Capacitación ☐ | Otro ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	DAVID ARBOLEDA	OFICIAL		
	EDWIN RAMIREZ	AYUDANTE		
	JUAN PEREZ	AYUDANTE		
	GERMAN GUERRERO	AYUDANTE		
	EMIN QUIROGA	AYUDANTE		
	MARIO FONTALVO	AYUDANTE		
	MANUEL BARRIA	AYUDANTE		
	ALFONSO URUEÑA	MAESTRO		
	LUIS C [illegible]	OFICIAL		
	JUAN LUIS RAMOS	AYUDANTE		
	EDUARDO PEREZA	MAESTRO		
	JEFERSON MARTINEZ	AYUDANTE		
	AUGUSTO GARCIA	AYUDANTE		
	IGNACIO ARIAS GARCIA	AYUDANTE		
	JOAQUIN CELEDONIO	AYUDANTE		
	ROBERT HARRA	OFICIAL		
	MARCO PEDROZ	AYUDANTE		
	JOEL ANDRES	AYUDANTE		
	NICOLAS MARTINEZ	AYUDANTE		
	[illegible]	[illegible]		
	[illegible]	[illegible]		
	[illegible]	INSPECTOR DE OBRA		
	[illegible]	CONTRATISTA		
	[illegible]	AYUDANTE		
	[illegible]	AYUDANTE		
	[illegible]	OFICIAL		
	[illegible]	OFICIAL		
	WILSON LOPEZ	OFICIAL		
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/05/2018

Fecha	08/08/2025	Lugar	CYCOM
Hora	7:00 AM	Tema	Inducción de SST
Responsable	Joyce Jiménez	Cargo	SST

Charla Diaria		Inducción		Capacitación		Otro	

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Argote	Oficial		
	Juan Perez	Ayudante		
	Efraim Ramirez	AYUDANTE		
	Lorenzo G.	Ayudante		
	Elvin Quiroga	Ayudante		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Mario Contalvo	AYUDATE		
	Manuel Dangelo	ayuda		
	Luis C Molinez	OFICIAL		
	Jonathan Echeverria	Ayudante		
	Jonathan Ramos	Ayudante		
	Roberto Garcia	oficial		
	Yoferson Medina	Ayudante		
	Augusto Garcia	Ayudante		
	Leonal Arias Garcia	ayudante		
	Salvador Rueda	MAESTRO		
	Jorgi Andres	Ayudante		
	Rogelio Guerrero	oficial		
	Nicolas Martinez	AYUDA		
	Wilson Lopez	Oficial		
	Victor	Ayudante		
	Jorge	Oficial		
	Yesquicia Mayorga	Contratista		
	Jose	Oficial		
	Rolando Sandoval	Ayudante		
	Abel Santos	Inspector de Obra		
	Edgar Maestre	Arq Residente		

ANEXO 7. PAUSAS ACTIVAS

WUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-75
VERSION 1
FECHA APROBACION [illegible]

Fecha	14-07-25	Lugar:	campamento
Hora	7:00 AM	Tema	Riesgo ergonomico / pausas activas.
Responsable:	Yoqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otra ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	Yoquline Jimenez	Residente SST	Yoquline Jimenez	Wussy.
2	Edgar Villamarin	Residente obra	[illegible]	Wussy

Scanned with CamScanner

estado del interruptor de encend...

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha:	15-07-25	Lugar:	Carcel D
Hora:	7:00 AM	Tema:	Induccion 36-551 Trabajos activos.
Responsable:	Yadeline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☐ Entrenamiento ☐ Inducción ☑ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Arbeláez	oficial		
2	Wilson lopez	oficial		
3	Juan Perez	Ayudante		
4	Jose Guevara G.	Ayudante		
5	[illegible]	Ayudante		
6	Yadeline Jimenez	residente SST		
7	Edgar Hernandez	Revisador	[illegible]	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha:	16-07-23	Lugar:	cocora 3		
Hora:	7:00 AM	Tema:	Prevencion de accidents / perdidas dotivas.		
Responsable:	Yacqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST		
Charla Diaria: [X]	Entrenamiento: [ ]	Induccion: [ ]	Capacitación: [ ]	Otro: [ ]	

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Arboleda	Oficial		
2	Wilson Rojas	oficial		
3	Juan perez	Ayudante		
4	[illegible] G.	Ayudante.	G.	
5	Efrain R	Ayudante		
6	Yacqueline Jimenez	Residente SST		
7	Miguel Marsoma	Residente O	[illegible]	

Scanned with CamScanner

MOTORISTAS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	17-07-25	Lugar:	cacom 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	uso obligatorio de epp / pausas activas.
Responsable:	Jackeline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: X | Entrenamiento: ☐ | Inducción: ☐ | Capacitación: ☐ | Otro: ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Argote	Oficial		
2	Juan Perez	Ayudante		
3	Lorenzo G.	Ayudante		
4		Ayudante		
5	Wilson Lopez	Oficial		
6	Edgar Moncada	Ay Residente		

INGEAVCAD S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-78 VERSIÓN: 1 FECHA APROBACIÓN: 01/08/2018

Fecha:	18-07-2023	Lugar:	Cocom 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	Prevención del riesgo biológico / Pandemias.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST
Charla Diaria: ☑	Entrenamiento: ☐	Inducción: ☐	Capacitación: ☐ Otro: ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Argote	Oficial		
2	Juan Perez	Ayudante		
3	Efrain Ra	13603682		
4	Luis G.	1134 Ayudante		
5	Dilson Lopez	Oficial		
6	Edgar Marcos	Ayudante		

ANDAMIOS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-76 VERSION: 1 FECHA APROBACION: 01/08/2018

Fecha:	19-07-2025	Lugar:	Cocam 3
Hora:	7:00AM	Tema:	uso adecuado de herramienta/pasos seguros.
Responsable:	Yodeline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: ☑ Entrenamiento: ☐ Inducción: ☐ Capacitación: ☐ Otro: ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	DAVID ARGOTE	Oficial		
2	Wilson Lopez	oficial		
3	Juan Perez	Ayudante		
4	Efrain Ramirez	Ayudante		
5	Lorenzo G.	Ayudante		
6	Edgar Maxera	Ag Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO FOR-ASE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	21-07-2023	Lugar:	cocorn 3
Hora:	7:00 nM	Tema:	Riesgo electrico / pausas activas.
Responsable:	Yagudine Jimenez	Cargo:	Residente SST.

Charla Diaria ☑ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Nieto	Oficial		
2	Juan perez	Ayudante		
3	Rosmary Guevara.	Ayudante.		
4	Wilson Lopez	Oficial		
5	Efrain Ramirez	Ayudante		
6	Edgar Mancera	Reg Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-35 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha: 22-07-25 | Lugar: cacon 3

Hora: 7:00 AM | Tema: Uso de tedras y cajas activas.

Responsable: Yoseline Jimenez | Cargo: residente SST

Charla Diaria: ☑ | Entrenamiento: ☐ | Inducción: ☐ | Capacitación: ☐ | Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Argote	oficial		
	Juan Perez	Asistente		
	Wilson Lopez	oficial		
	Efrain Ramirez	auxiliante		
	Lorenzo G.	Asistente.		
	Edgar Narcea	Ingeniero		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-N	
		VERSIÓN 1	
		FECHA APROBACIÓN 01/08/2018	

Fecha:	23-07-23	Lugar:	cacom 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	USO de EPP / Reportes de eventos.
Responsable:	Yoseline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☒ | Entrenamiento ☐ | Inducción ☐ | Capacitación ☐ | Otra ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	Edgar Marcano	Arq Residente		WE
2	Luis Leonel Coral	Inspector de Obra		Urussy
3	[illegible]	Ayudante		WR
4	Daniel Arcos	[illegible]		
5	Luis Mario G.	Ayudante		
6	Wilson Lopez	Oficial		WR
7	Efrain Ramirez	Ay Liberte		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-24 VERSIÓN: 1 FECHA APROBACIÓN: 01/03/2019

Fecha:	25-07-2023	Lugar:	CACOM 5
Hora:	7:00 AM	Tema:	Induccion SG-SST - Pausas activas.
Responsable:	Jaquelme Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: ☒ | Entrenamiento: ☐ | Inducción: ☐ | Capacitación: ☐ | Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	Juan Carlos	Ayudar	Juan Carlos	
2	Victor Eduardo	Ayudar Electr		
3	Efrain Ramirez	Ayudante		
4	Alvaro Guerrero G	Ayudante		
5	MARIO FONTALVO	AYUDANTE	MFontalvo	
6	DAVID ARBEZ	OFICIAL		
7	Rogelio Ogarrio	oficial		
8	Wilson Lopez	Oficial		
9	Jay de la Cruz	Cerrajera		
10	NICOLAS	OFICIAL	NICOLAS	
11	Juan Perez	ayudante		
11	Alfonso Vergara	Maestro		
12	Luis C Martinez	Oficial		WRSST
13	Edgar Manchego	Ing Residente		
14	Luis Samuel Corral	Inspector		

WRSST

INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-78
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	25-07-25	Lugar:	CACOM 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	Induccion SG-SST / pausas activa.
Responsable:	Yoyce Jimenez	Cargo:	Residente SST
Charla Diaria:	X	Entrenamiento:	Inducción: Capacitación: Otro:

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	David Argote	Oficial		
2	Efrain Ramirez	Ayudante		
3	Leonardo G.	Ayudante.		
4	Juan Perez	Ayudante		
5	JOHN NAMIAS	MAESTRO		
6	ELKIN QUIROGA	Ayudante		
7	Alfonso Vergara	Maestro		
8	Yazid Fontalvo	AYUDATE		
9	Nicolas Asprilla	AYUDANTE		
10	Julio [illegible]	[illegible]		
11	Wilson Lopez	Oficial		
12	Leonardo Quiroga	oficial		
13	Jorge Santana	Auxiliar		
14	Yeiber Sanchez	Auxiliar		
15	Perez	Oficial		
16	Juan Sanchez Cuadrado	Inspector de obra		
	Edgar Maraca	Ag Residente		

VxV INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha	26-04-2025	Lugar	CACOM 3		
Hora	7:00 AM	Tema	Normas de bioseguridad SST / pausas activas		
Responsable	Jackeline Jimenez	Cargo	Residente SST		
Charla Diaria	X	Entrenamiento		Inducción		Capacitación		Otra	

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	MARIO Fontalvo	AYUDATO		
2	Luis C Martinez	PLOMERO		
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO		
	Juan perez	ayudante		
	Wilson Soto	oficial		
	Efrain Ramirez	AYUDANTE		
	David Ingeta	OPERADOR		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Jair Gamarra G.	ayudante		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Rogelio Quiroga	oficial		
	Jaider Sandoval	Auxiliar		
	Mauricio Mena	MAESTRO		
	JONY LUJO	OFICIAL		
	Jair Alexander Carrillo	Inspector de obra		
	NICOLAS MARTINEZ	ALVAÑIL		
	Juan Carlos Camargo	AYUDANTE		
	Jyl Leal	electricista		
	Vacante	Auxiliar ECO		
	Edgar Marcos	Arq Residente		

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	28-07-23	Lugar:	CACOM 5
Hora:	7:00 AM	Tema:	Socialización ATS1 pausas activas
Responsable:	Yoguline Jimenez	Cargo:	Residente SST
Charla Diaria: ☑	Entrenamiento: ☐	Inducción: ☐	Capacitación: ☐ Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Arjona	Oficial		
	Efrain Ramirez	Ayudante		
	Juan Perez	Ayudante		
	Lorero 6.	Ayudante		
	Ricardo Guevara	Oficial		
	Wilson Lopez	Oficial		
	Alfonso Jaraba	Maestro		
	Luis Castellanos	Operario		
	Elkin Ramos	Andamio		
	Jose Lilia	Cerrajista		
	Nicolas Martinez	Alvanil		
	Elkin Yancy Quiroga	Ayudante		
	Jorge Luis Sandoval	Auxiliar		
	Yoiber Sandoval	Auxiliar		
	Jorge [illegible]	Oficial		
	Mauricio Vargas	Contratista		
	Marco Perez	Ayudante		
	Alvaro Duarte Cuadrado	Inspector de obra		
	Edgar Mancera	Ag Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-78 VERSIÓN 1 FECHA APROBACIÓN 01/06/2018

Fecha:	29-07-2023	Lugar:	CNCOM3
Hora:	7:00 AM	Tema:	PDV de EPP, Personas activas.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☐ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Juan Eduardo Chaparro	Ingeniero de obra		
	Edgar Mancera	Aux Edgar Mancera		
	Luis C Martinez	Operario		
	DAVID Argote	MM operario	MM	
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Wilson Lopez	oficial		
	Rafael Ordoñez	oficial		
	Efrain Rico	Almacenista		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Juan Perez	Ayudante		
	Mario Gonzalez	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Nicolas Martinez	Ayudante	Nicolas	
	Sergio Ochoa	Maestro		
	Jorge Lobo	Celador		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-25 VERSION 1 FECHA APROBACION: 01/08/2019

Fecha:	30-07-23	Lugar:	CACON VIS
Hora:	7:00 am	Tema:	Induccion, SG-SST / Bienvenida
Responsable:	Yaqueline Jurado	Cargo:	Residentes SST
Charla Diaria: ☒	Entrenamiento: ☐	Induccion: ☐	Capacitacion: ☐ Otro: ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Luis C Zafra	Maestro		
	Wilson Lopez	oficial		
	SANDRO Leyva	MAESTRO		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Ragulo Gonzalez	oficial		
	Edgar Ramirez Arango			
	David Rigot	Oficial		
	Juan perez	Ayudante		
	Lisandro Guerrero	Ayudante		
	MARY FONTALVO	AYUDANTE		
	Manuel Dangond	ayudante		
	SALVADOR Rivera	MAESTRO		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Jose Luis Ramos	Ayudante		
	Jefferson Martinez	Ayudante		
	Augusto Gelvis	Ayudante		
	Leonel Arias G	Ayudante		
	Jayder cely	Contratista		
	NICOLAS MARTINEZ	AUXILIAR		
	Victor Tescoro	Ayudante ECO		
	Juan Samuel Canal	Inspector		
	Edgar Marcano	Ing Residente		

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-09 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	31/07/2023	Lugar:	CACOM 3
Hora:	7:00 AM	Tema:	Manejo de extintores / pausas activas.
Responsable:	Yaqueline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria ☑ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Efrain Ramí	Ayudante		
	Juan Perez	Ayudante		
	David Arbeláez	Oficial		
	Leonardo G.	Ayudante		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Alfonso Urrego	Maestro		
	Mario Fontalvo	Ayudante	Mario Fontalvo	
	Nicolas Martinez	Ayudante	Nicolas	
	Victor Toro	Ayudante		
	Marcelo Dandes	oficial		
	Wilson Davis	oficial		
	marco Portaz	Ayudante	marco portaz	
	Jaider Sanders	Ayudante		
	Juan Luis Ramos	Ayudante		
	Leonal Arias Garcia	Ayudante	Leonal AG	
	augusto Garcia	Ayudante	augusto	
	Yeferson Alarcon	Ayudante	Yeferson	
	Jorge Sandoval	Auxiliar	Jorge Sandoval	
	Sandra Rivera	Maestro, Oficial		
	Jaime Lopez	Contratista		
	Mauricio Mayo	Contratista		
	Luis C Martinez	Maestro		
	Carlos O Suarez	OFICIAL		
	Edgar Mancera	Arq Residente		
	Luis Saenz Coral	Inspector de obra		

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha	01-08-2025	Lugar:	CACOM 3
Hora	7:00 AM	Tema:	USO EPP / Pausas activas.
Responsable:	Yoseline Jimenez	Cargo:	Residente SST

Charla Diaria: Si / Entrenamiento: / Induccion: / Capacitacion: / Otro:

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	DAVID ARGOTE	OFICIAL		
	Juan Perez	Ayudante		
	Efrain Ramirez	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Manuel Bandera	Oficial		
	Mario Fontalvo	Oficial		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Wilder [illegible]	oficial		
	Lionel Arias Garcia	Ayudante		
	Augusto Garcia	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Nicolas Martinez	Ayudante		
	[illegible]	Ayudante		
	Isidro Rivera	Maestro		
	Victor [illegible]	Ayudante Elec		
	[illegible]	Oficial		
	[illegible]	Auxiliar		
	Marco Perez	Ayudante		
	Jorge [illegible]	Auxiliar		
	[illegible]	Celador		
	[illegible]	Portero		
	Mauricio [illegible]	Contratista		
	Elkin Arroyo	Ayudante		
	[illegible]	Inspector de obra		
	Edgar Mackay R	Ing Residente		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-19
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha: 02-08-23
Hora: 7:00 AM
Responsable: Yaiyna Jimd
Lugar: BACOM 3
Tema: Importancia de la inducción/procedimientos SST.
Cargo:

Charla Diaria ☒ Entrenamiento ☐ Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro ☐

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Efraín Ramírez	Ayudante		
	Hermano Guerra.	Ayudante.		
	ERIN Quiroga	Ayudante		
	MARIO FONTALVO	AYUDANTE		
	Manuel Bandra	ayudante		
	Alfonso Uragon	Maestro		
	Javier Lizcano	Maestro		
	Jhon Cells Remy	Ayudante		
	Leonel Arias Garcia	Ayudante		
	edu justo barrera	Ayudante		
	Yeferson Martinez	Ayudante		
	Faiber Sandoval	Auxiliar		
	MARCO BAÑUZ	AYudante		
	NICOLAS MARTINEZ	AYUDANTE		
	[illegible]	Coordinador		
	[illegible]	Oficial		
	[illegible]	Contratista		
	Mauricio Hoyos	Contratista		
	Luis [illegible]	Operario		
	Diego [illegible]	[illegible]		
	Luis Carlos Cuevas	Inspector de obra		

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO FORMSST-18 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha	04-08-25	Lugar	CACOM 3
Hora	7:00 AM	Tema	Manejo Sustancias quimicas / Brigada de emergencia
Responsable	Yesenia Jimenez	Cargo	SST
Charla Diaria		Inducción	Capacitación	Otro

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	Eduardo Ramirez	Ayudante	E Z	
	David Argoti	Oficial		
	Juan Perez	Ayudante		
	Lorenzo G.	Ayudante		
	Elkin Quiroga	Ayudante		
	Mario Contalvo	Ayudante		
	Rogelio Guerrero	oficial		
	[illegible] Bonilla	ayudante		
	Jurlens Flores	Ayudante		
	Wilson Lopez	Oficial		
	Esteban Marshall	Ayudante		
	Augusto Garcia	Ayudante		
	Ivonel Arias Garcia	Ayudante		
	Marco Bolivar	Ayudante		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Sandro Rivera	Maestro		
	Jose C Martinez	Oficial		
	Nicolas Martinez	Alba Nil		
	[illegible]	Oficial		
	Victor Toscano	Ayudante		
	Jaider Sandoval	Auxiliar		
	Jorge Sandoval	Auxiliar		
	Carlos E Suarez	Oficial		
	Yuly Daniela Gaviria	Inspector obra		
	Yamid Monge	Contratista		
	Juan [illegible]	Ayudante		
	Edgar Narvaez	Ing Residente		

INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-28 VERSION: 1 FECHA APROBACION: 01/08/2019	

Fecha:	05/08/2023	Lugar:	CACOM 7
Hora:	7:00 AM	Tema:	Norma de la base / gases activos
Responsable:	Yuyeline Jaramillo	Cargo:	SST
Charla Diaria:	☑	Entrenamiento:	☐
Inducción:	☐	Capacitación:	☐
Otro:	☐		

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Argel	Oficial	
	Efraín R	Ayudante	
	Juan Perez	Ayudante	
	Rosmario Guerrero	Ayudante	
	Erin Quiroga	Ayudante	
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO	
	ALFONSO Vergara	MAESTRO	
	MARIO FORTALVO	AYUDANTE	
	Manuel Dandon	AYUDANTE	
	Jeferson Mendoza	Ayudante	
	Augusto Garcia	Ayudante	
	Ironel Arcas Garcia	Ayudante	
	Samuel Pastrana	Maestro	
	Juan Luis Perez	Ayudante	
	Marco Pertuz	Ayudante	
	Wilson Rojas	Oficial	
	NICOLAS MARTINEZ	AYUDANTE	
	Jose	Oficial	
	Victor Tascon	Ayudante	
	Jorge Sandoval	Ayudante	
	Rafael Guerrero	Oficial	
	Jorge Sandoval	Auxiliar	
	Alvis Saumeth Carnival	Inspector Obra	
	Carlos Suarez	OFICIAL	
	Luis C Ochoa	OFICIAL	
	Edgar Mancera	Ay Pasidata	
	JOGI Andres	Ayudante.	

INCENDEROS S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2018

Fecha	06/08/23	Lugar	CACOM 3
Hora	7:00 AM	Tema	Riesgo electrico / pausas activas.
Responsable		Cargo	351

Charla Diaria ☑ | Entrenamiento ☐ | Inducción ☐ | Capacitación ☐ | Otro ☐

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	DAVID ARBOLEDA	OFICIAL		
	EDWIN RAMIREZ	AYUDANTE		
	JUAN PEREZ	AYUDANTE		
	GERMAN GUERRERO	AYUDANTE		
	EMIN QUIROGA	AYUDANTE		
	MARIO FONTALVO	AYUDANTE		
	MANUEL BARRIA	AYUDANTE		
	ALFONSO URUEÑA	MAESTRO		
	LUIS C [illegible]	OFICIAL		
	JUAN LUIS RAMOS	AYUDANTE		
	EDUARDO PEREZA	MAESTRO		
	JEFERSON MARTINEZ	AYUDANTE		
	AUGUSTO GARCIA	AYUDANTE		
	IGNACIO ARIAS GARCIA	AYUDANTE		
	JOAQUIN CELEDONIO	AYUDANTE		
	ROBERT HARRA	OFICIAL		
	MARCO PEDROZ	AYUDANTE		
	JOEL ANDRES	AYUDANTE		
	NICOLAS MARTINEZ	AYUDANTE		
	[illegible]	[illegible]		
	[illegible]	[illegible]		
	[illegible]	INSPECTOR DE OBRA		
	[illegible]	CONTRATISTA		
	[illegible]	AYUDANTE		
	[illegible]	AYUDANTE		
	[illegible]	OFICIAL		
	[illegible]	OFICIAL		
	WILSON LOPEZ	OFICIAL		
	JOHN RAMIREZ	MAESTRO		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/05/2018

Fecha	08/08/2025	Lugar	CYCOM
Hora	7:00 AM	Tema	Inducción de SST
Responsable	Joyce Jiménez	Cargo	SST

Charla Diaria		Inducción		Capacitación		Otro	

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	David Argote	Oficial		
	Juan Perez	Ayudante		
	Efraim Ramirez	AYUDANTE		
	Lorenzo G.	Ayudante		
	Elvin Quiroga	Ayudante		
	Alfonso Vergara	Maestro		
	Mario Contalvo	AYUDATE		
	Manuel Dangelo	ayuda		
	Luis C Molinez	OFICIAL		
	Jonathan Echeverria	Ayudante		
	Jonathan Ramos	Ayudante		
	Roberto Garcia	oficial		
	Yoferson Medina	Ayudante		
	Augusto Garcia	Ayudante		
	Leonal Arias Garcia	ayudante		
	Salvador Rueda	MAESTRO		
	Jorgi Andres	Ayudante		
	Rogelio Guerrero	oficial		
	Nicolas Martinez	AYUDA		
	Wilson Lopez	Oficial		
	Victor	Ayudante		
	Jorge	Oficial		
	Yesquicia Mayorga	Contratista		
	Jose	Oficial		
	Rolando Sandoval	Ayudante		
	Abel Santos	Inspector de Obra		
	Edgar Maestre	Arq Residente		

ANEXO 8. COPASST

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 1
INSCRIPCIÓN DE LOS CANDIDATOS

Vigencia del Comité de 2025 a 2025

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Cargo	Firma
1	Yaqueline Jimenez	1042260188	SST	Yaqueline Jimenez
2	Luis C. Mosquera	1083847?7	Operario	
3	Jorge Luis Ca	8.486.178	Maestro	Jorge Luis Ca
4	Juan Samuel C.	1.081.929.437	Inspector de Obra	Juan Samuel C.
5	Juan Mancera	1944776	Plomero	
6				

Responsable Elección:	Wilver Franciny Russy Ladino
Fecha Cierre:	28-07/2025
Hora Cierre:	10:00 AM

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
C.C 80.212.380

Scanned with CamScanner

ANEXO 2
VOTOS

COPASST

Marque con una X

Yaqueline Jimenez

COPASST

Marque con una X

Luis Martinez

X

COPASST

Marque con una X

Luis Sarmiento

COPASST

Marque con una X

Jorge de la cruz

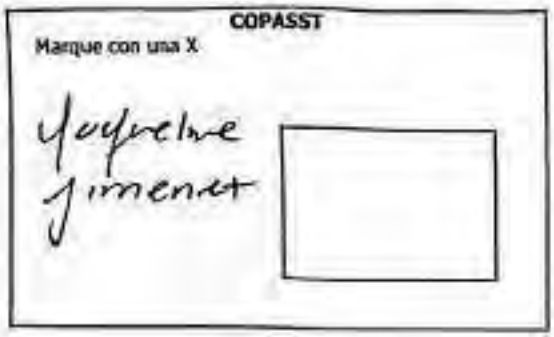
COPASST

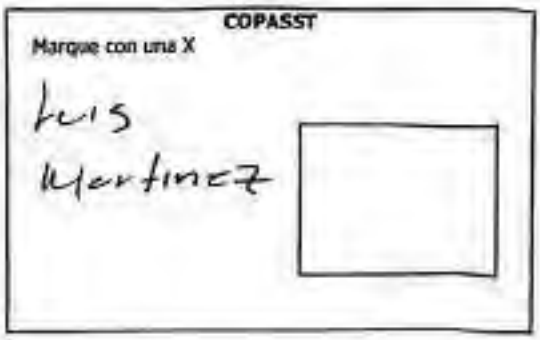
Marque con una X

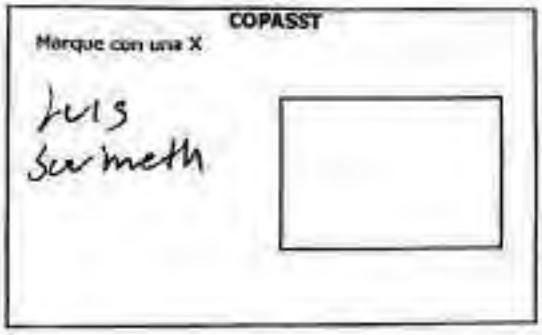
Edgar Mancera

Scanned with CamScanner

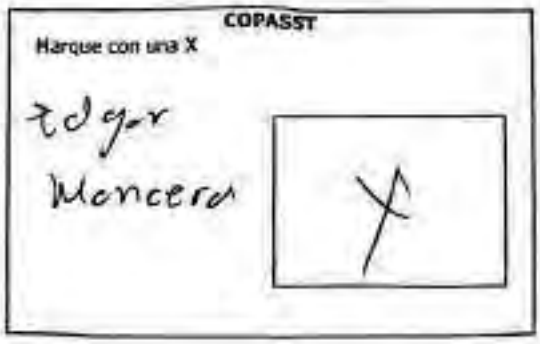
ANEXO 2
VOTOS





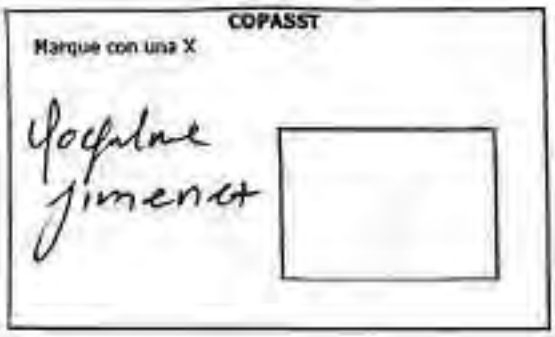


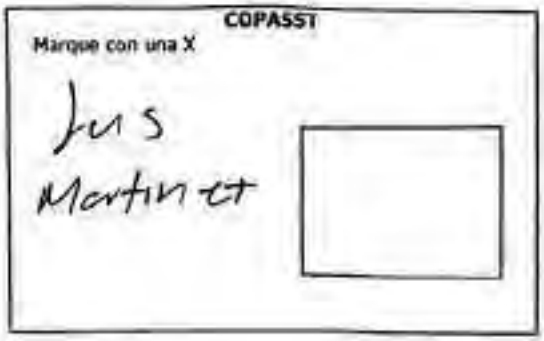


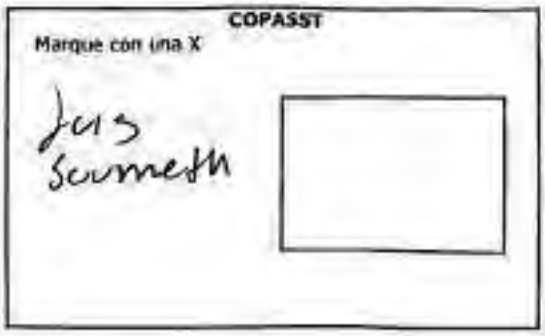


RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.585-1	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

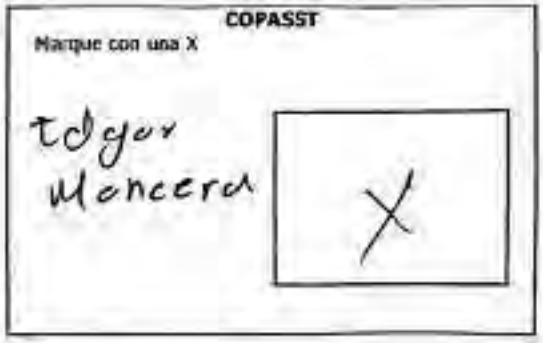
ANEXO 2
VOTOS











Scanned with CamScanner

ANEXO 2
VOTOS

COPASST

Marque con una X

Yoyulan Jimenez — X

COPASST

Marque con una X

Luis Martinez —

COPASST

Marque con una X

Luis Salmeth —

COPASST

Marque con una X

Jorge de la cruz —

COPASST

Marque con una X

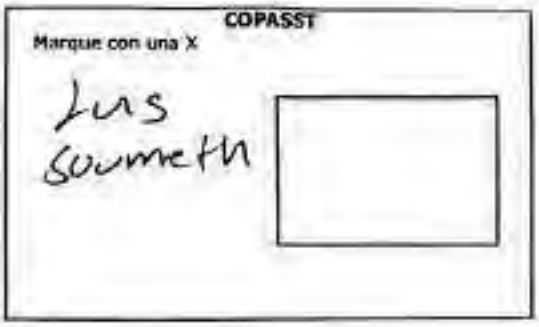
Edgar Moncera —

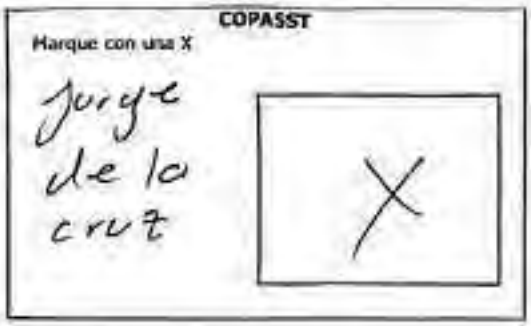
Scanned with CamScanner

ANEXO 2
VOTOS







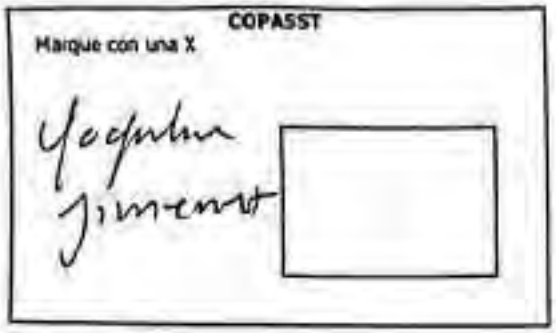


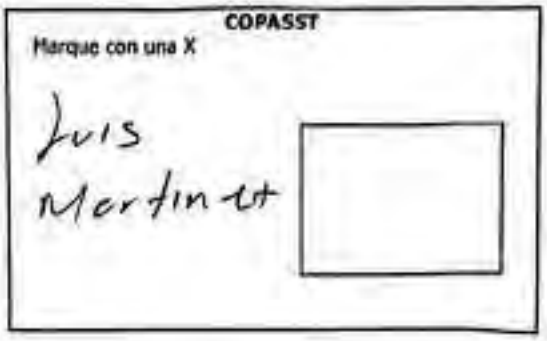


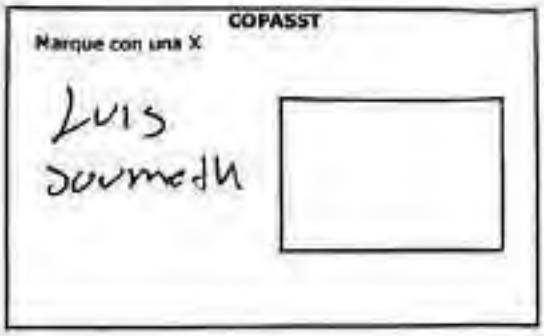
Scanned with CamScanner

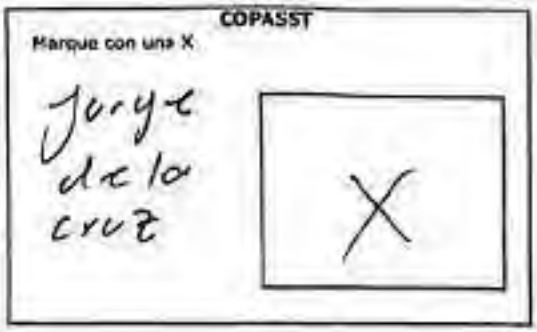
RUSSY INGENIEROS S.A.S.	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS











Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.605-1	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

COPASST

Marque con una X

Yoquelme Jimenez

X

COPASST

Marque con una X

Luis Martinez

COPASST

Marque con una X

Luis Soumeth

COPASST

Marque con una X

Jorge de la cruz

COPASST

Marque con una X

Edgar Moncera

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

COPASST
Marque con una X

Yoguis Jimenez

COPASST
Marque con una X

Luis Martinez

COPASST
Marque con una X

Luis Saumeth

X

COPASST
Marque con una X

Jorge de la cruz

COPASST
Marque con una X

Edgar Mancera

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

COPASST

Marque con una X

Yoquelin Jimenez

COPASST

Marque con una X

Luis Martinez X

COPASST

Marque con una X

Luis Sarmiento

COPASST

Marque con una X

Jorge de la cruz

COPASST

Marque con una X

Edgar Moncera

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.605-1	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 3
CIERRE DE INSCRIPCIONES

EMPRESA **WRUSSY INGENIEROS SAS**

PERIODO **2025**

Siendo las 8 00 AM 28/07/25 se dio por finalizado el proceso de votación para elección de los candidatos para la conformación del Comité Paritario de Seguridad y salud en el trabajo, para el período que va de 2025-2025.

En calidad de jurado de votación se encargó al señor: Wilver Franciny Russy Ladino.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CONTEO DE VOTOS:

PERSONA	NÚMERO DE VOTOS
Yoqueline Jimenez	2
Luis Martinez	2
Edgar Monsalve	2
Luis Soumeth	2
jorge de la cruz	1
VOTOS EN BLANCO:	0
VOTOS ANULADOS:	1
TOTAL, VOTOS:	8

FUERON ELEGIDAS EN ESTA VOTACIÓN LAS SIGUIENTES PERSONAS:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	CATEGORÍA	
			PRINCIPAL	SUPLENTE
Yoqueline Jimenez	1042460188	Representante	✓	
Luis Martinez	1143 [illegible]	Representante trabajadores	—	
Edgar Monsalve	14444476	secretario	—	

Scanned with CamScanner

ANEXO 4
NOMBRAMIENTO DEL COPASST

EMPRESA **WRUSSY INGENIEROS SAS**

PERIODO: **2025**

El dia 28/07/2025 se eligió al COPASST/ Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo), dando cumplimiento a las exigencias de la **Resolución 2013 de 1986**, al Decreto 1295 de 1994, a la Ley 776 de 2002, Decreto 1072 de 2015.

La modalidad utilizada para su elección fue por Votación.

Fueron elegidos:

Principales:

NOMBRE	CARGO	PRINCIPAL	FIRMA
Yacqueline Jimenez	Representante	—	Yacqueline Jimenez
Carlos C Montero	Representante por los trabajadores	—	
Edgar Manrique	secretario del copasst	—	

Suplentes

NOMBRE	CARGO	SUPLENTE	FIRMA
Jorge Le Coq	Suplente	—	Jorge Le Coq
Luis Sarmiento C	Inspector de Obra	—	Luis Sarmiento C

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
C.C 8021238

Scanned with CamScanner

ANEXO 5
DESIGNACIÓN REPRESENTANTE POR LA DIRECCIÓN GENERAL

Fecha: 28/07/2025

El presente documento tiene como propósito oficializar el nombramiento del responsable de la Dirección como cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

La Dirección General de **WRUSSY INGENIEROS SAS** designa como Representante por la Dirección a Yeifuhe Jimenez quien independientemente a las responsabilidades de su cargo en la compañía, tendrá como responsabilidad y autoridad de lo siguiente:

a. Formación como mínimo de 50 horas en el SG-SST.

b. Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para la eficiencia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

c. Informar a la gerencia sobre el desempeño del Sistema de Gestión y de cualquier necesidad de mejora.

d. Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Nota: Su responsabilidad puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el Sistema de Gestión Integral de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
C.C 80212380

Scanned with CamScanner

ANEXO 5
DESIGNACIÓN REPRESENTANTE POR LA DIRECCIÓN GENERAL

Fecha: 20/07/23

El presente documento tiene como propósito oficializar el nombramiento del responsable de la Dirección como cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

La Dirección General de **WRUSSY INGENIEROS SAS** designa como Representante por la Dirección a Luis Martinez, quien independientemente a las responsabilidades de su cargo en la compañía, tendrá como responsabilidad y autoridad de lo siguiente:

a. Formación como mínimo de 50 horas en el SG-SST.

b. Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para la eficiencia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

c. Informar a la gerencia sobre el desempeño del Sistema de Gestión y de cualquier necesidad de mejora.

d. Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Nota: Su responsabilidad puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el Sistema de Gestión Integral de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
C.C 80212380

Scanned with CamScanner

ANEXO 5
DESIGNACIÓN REPRESENTANTE POR LA DIRECCIÓN GENERAL

Fecha: 28/07/23

El presente documento tiene como propósito oficializar el nombramiento del responsable de la Dirección como cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

La Dirección General de **WRUSSY INGENIEROS SAS** designa como Representante por la Dirección a Edgar Moncada, quien independientemente a las responsabilidades de su cargo en la compañía, tendrá como responsabilidad y autoridad de lo siguiente:

a. Formación como mínimo de 50 horas en el SG-SST.

b. Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para la eficiencia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

c. Informar a la gerencia sobre el desempeño del Sistema de Gestión y de cualquier necesidad de mejora.

d. Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Nota: Su responsabilidad puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el Sistema de Gestión Integral de la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS.**

WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
C.C 80212380

Scanned with CamScanner

ANEXO 6
RESPONSABILIDADES DEL COPASST

Fecha: 28/09/23
Cargo(s): COPASST

Proponer a las directivas las actividades relacionadas con la salud y la seguridad de los trabajadores.
Analizar las causas de accidentes y enfermedades.
Visitar periódicamente las instalaciones.
Acoger las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad.
Servir de punto de coordinación entre las directivas y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.
Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos.
Presentar a la alta dirección de la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
Elaborar informes semestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.
Realizar inspecciones de seguridad
Realizar inspecciones de vehículos
Apoyar en la identificación de peligros y valoración de riesgos.

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COPASST	CÓDIGO HSE-PRO-13
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

Firma Responsabilidades de los integrantes del COPASST.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Yoycelina Jimenez	Representante	Yoycelina Jimenez
Luis Martinez	Representante por los trabajadores.	
[illegible]	secretario del copasst	[illegible]
Jaqueline	Secretario Cuplente	Jaqueline
Luis Samuel Caraval	Representante (cuplente).	Luis Samuel C.

Scanned with CamScanner

ANEXO 7
RENDICIÓN DE CUENTAS

La rendición de cuentas es interna y de obligatorio cumplimiento en relación con su desempeño.

Esta rendición de cuentas se podrá hacer a través de medios escritos, electrónicos, verbales o los que sean considerados por los responsables. La rendición se hará como mínimo anualmente y deberá quedar documentada

Agradecemos de antemano su compromiso y gestión, con el fin de garantizar el proceso de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Firma Responsabilidades de los integrantes del COPASST.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Yoycelne Jiment	Representante	Yoycelne Jiment
Luis Martinez	Representante por los trabajadores	
[illegible]	Secretario COPASST	[illegible]
Jose d Local	secretario suplente	Jose de Local
Luis Manuel Caraval	Representante suplente.	Luis Manuel C.

Scanned with CamScanner

ANEXO 9. CCL

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 1
PROMOCION DE CANDIDATOS PARA EL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Ciudad y Fecha: Malambo 28/07/2025

PARA: Todos los Empleados

DE: Dirección General

ASUNTO: Elección de candidatos en representación de los trabajadores para la conformación del Comité de Convivencia Laboral con vigencia del año 2025-2025

WRUSSY INGENIEROS SAS, dando cumplimiento a la legislación laboral relacionada con la conformación del Comité de Convivencia Laboral, convoca a la inscripción de los candidatos en representación de los trabajadores.

La hoja de inscripción de candidatos o plancha debe reclamarse en el área administrativa hasta el día 28/07/25 y deberá ser diligenciada y entregada nuevamente como fecha límite el día 28/07/25.

La votación se realizará el día 28/07/25 en la sala de juntas a las 4:00 pm.

El conteo de votos se realizará el día 28/07/25 en presencia del jurado de votación.

Elegido el respectivo comité, se programará una primera reunión para determinar las funciones del Comité de Convivencia Laboral y el plan de trabajo.

Cordialmente,

Wilver Franciny Russy Ladino
Representante Legal

Residente HSEQ

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2

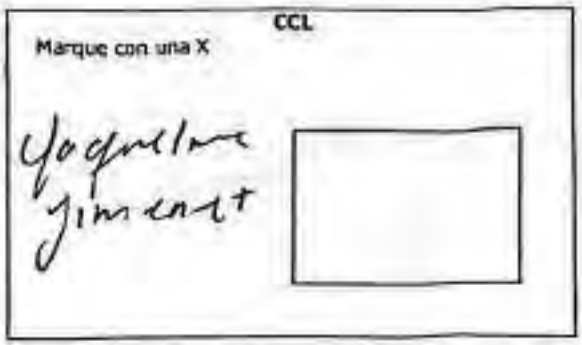
INSCRIPCIONES

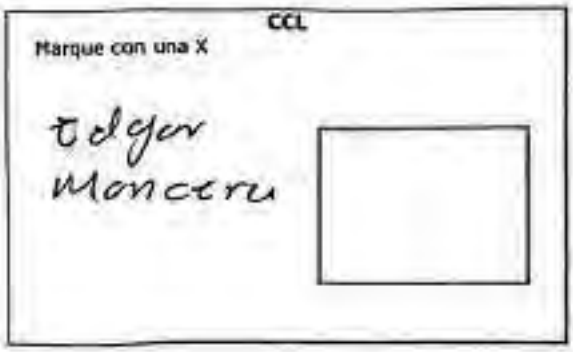
No.	Nombre y apellidos	Cédula	Cargo	Firma
1	Yoquelme Jimen	10124601 28	SST	
2	Luis Martinez	1047394227	Plomero	
3	David Argote	77183447	Oficial.	
4	Edgar Marrera	19'444776	Ayg Residente	
5	Mauricio Mendez	1042348740	Oficial	
6				

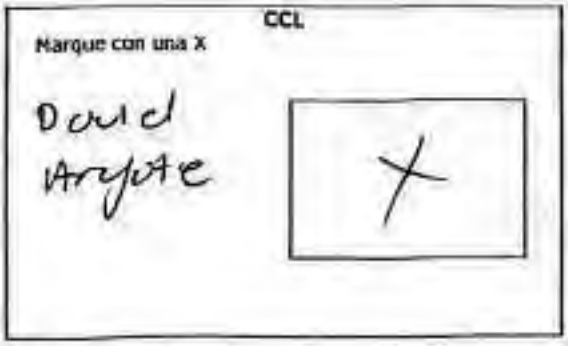
Scanned with CamScanner

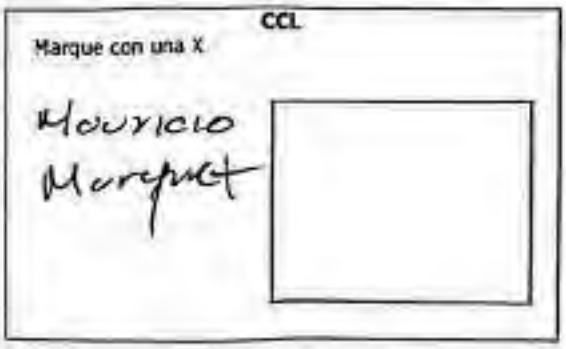
RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

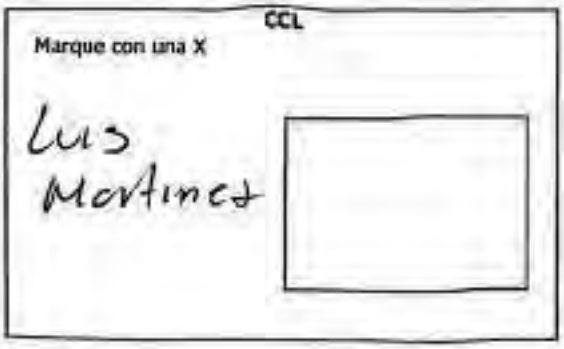
ANEXO 3
VOTOS











Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 3
VOTOS

CCL

Marque con una X

Yoseline Jimenez



CCL

Marque con una X

Edgar Moncera

CCL

Marque con una X

David Arzate

CCL

Marque con una X

Mauricio

CCL

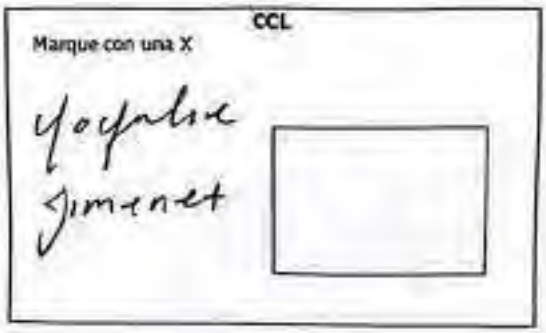
Marque con una X

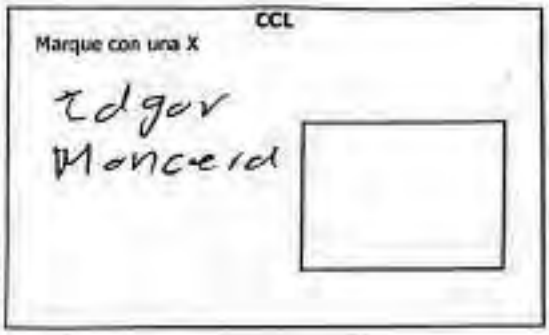
Luis Martinez

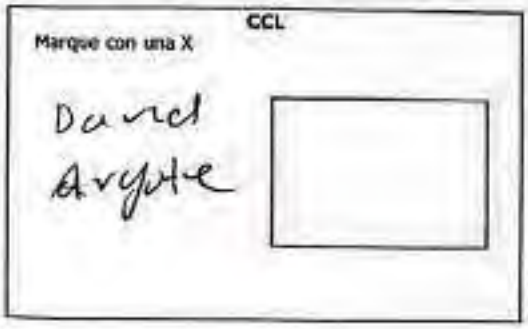
Scanned with CamScanner

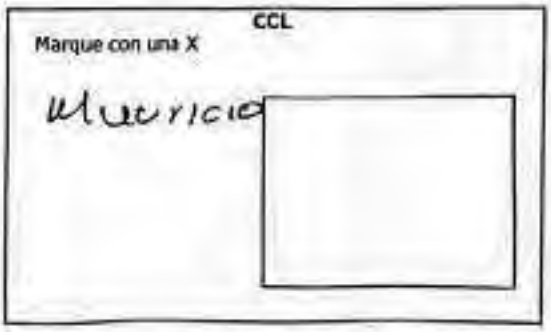
RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.005-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

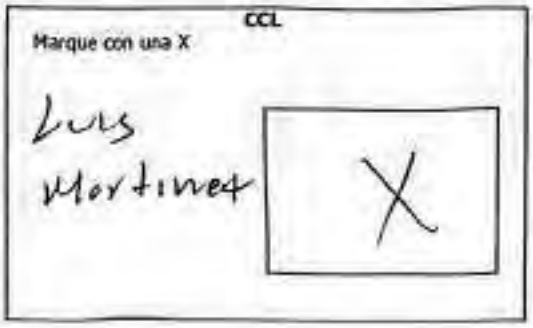
ANEXO 3
VOTOS











Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 3
VOTOS

CCL

Marque con una X

Yaqueline Jimenez

CCL

Marque con una X

Edgar Moncera

CCL

Marque con una X

David Arzate

CCL

Marque con una X

Mauricio

CCL

Marque con una X

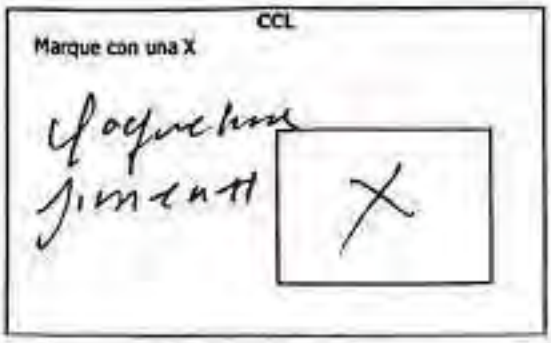
Luis Martinez

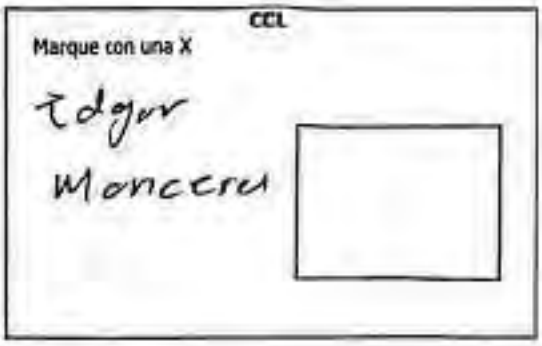
X

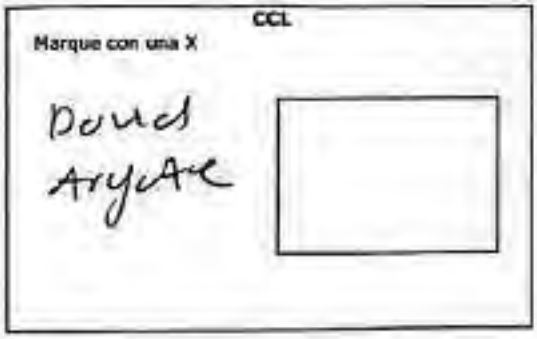
Scanned with CamScanner

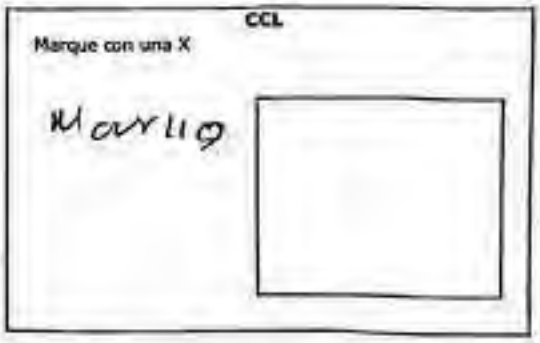
RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

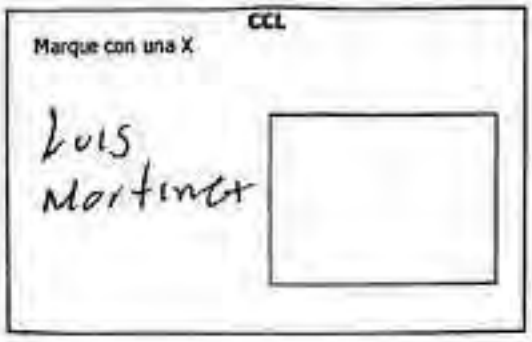
ANEXO 3
VOTOS











Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109 685-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 3
VOTOS

CCL

Marque con una X

Yaqueline Jimenez

CCL

Marque con una X

Edgar Moncada X

CCL

Marque con una X

David Argote

CCL

Marque con una X

Mauricio

CCL

Marque con una X

Luis Martinez

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.685-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 3
VOTOS

CCL

Marque con una X

Yoyuba Jimenez [X]

CCL

Marque con una X

Edgar Mancera [ ]

CCL

Marque con una X

David Argote [ ]

CCL

Marque con una X

Mauricio [ ]

CCL

Marque con una X

Luis Martinez [ ]

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.805-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 3
VOTOS

CCL

Marque con una X

Yoqueline Jimenez

CCL

Marque con una X

Edgar Moncera

CCL

Marque con una X

David Aryete

CCL

Marque con una X

Mauricio

CCL

Marque con una X

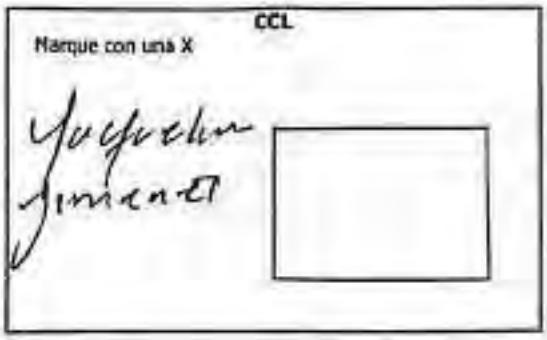
Luis Martinez

X

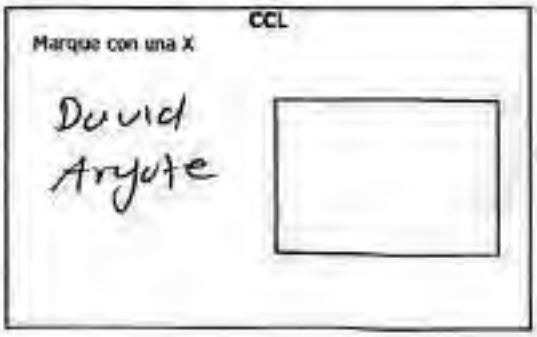
Scanned with CamScanner

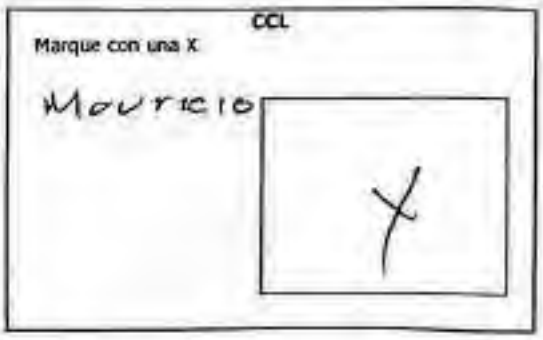
RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

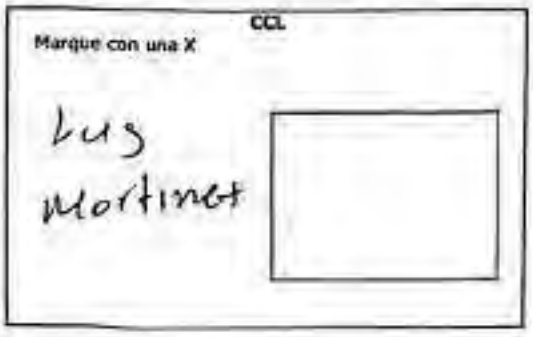
ANEXO 3
VOTOS











Scanned with CamScanner

ANEXO 3
VOTOS

CCL

Marque con una X

Yoselin Jimenez

CCL

Marque con una X

Edgar Moreno X

CCL

Marque con una X

Daniel Argote

CCL

Marque con una X

Mauricio

CCL

Marque con una X

Luis Martinez

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 4
CIERRE DE INSCRIPCIONES

EMPRESA **WRUSSY INGENIEROS SAS**

PERIODO **2025**

Siendo las 11:00 AM, se dio por finalizado el proceso de votación para elección de los candidatos para la conformación del comité de convivencia laboral, para el período que va de **2025**.

En calidad de jurado de votación se encargó al señor: Wilver Franciny Russy Ladino.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CONTEO DE VOTOS:

PERSONA	NÚMERO DE VOTOS
Yagueline Jimenez	3
Luis Martinez	3
Edgar Moncera	2
David Argote	1
Mauricio Marquez	1
VOTOS EN BLANCO:	0
VOTOS ANULADOS:	0
TOTAL VOTOS:	10

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.085-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1.
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FUERON ELEGIDAS EN ESTA VOTACIÓN LAS SIGUIENTES PERSONAS:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	CATEGORÍA	
			PRINCIPAL	SUPLENTE
Yoquelne Jimenez	1042460180	presidente	✓	
Luis Montoya	1409403	Representante trabajadores.	—	
Edgar Manrique	19444776	Secretario	—	
Mauricio Vargas	1042348340	Suplente.		—
Ptl David Arias	1715447	Suplente (Seguridad)		—

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 5
CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

EMPRESA **WRUSSY INGENIEROS SAS**

PERIODO **2025**

El día 23/07/25, se eligió al COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL, dando así cumplimiento a las exigencias de la Resolución 652 de 2012, Resolución 1356 de 2012.

La modalidad utilizada para su elección fue por votación.

Fueron elegidos:

NOMBRE	CEDULA	FIRMA	CATEGORÍA	
			PRINCIPAL	SUPLENTE
Yoquelane Jimenez	1042460128		✓	
Edyer Mercera	19444776		—	
Luis Martinez	1143 5423		✓	

El representante legal de la empresa designa a:

NOMBRE	CEDULA	FIRMA	CATEGORÍA	
			PRINCIPAL	SUPLENTE
Yo Mauricio Mayo	7042348			✓
David Algota	77155047			✓

WILVER FRANCINY RUSSY
REPRESENTANTE LEGAL

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 6

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Yoselive Jimenez con C.C 1044160182 he comprendido y aprobado las condiciones del presente documento.

Firma: Yoselive Jimenez

Malambo, Atlántico

Testigo
Nombre: Luis Martinez
Cargo: Planeador
C.C: 1143946427

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.865-1	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 6

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente. El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Luis Martinez con C.C 1047391457 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: _____

Malambo, Atlántico

Jacqueline Jimenez

Testigo

Nombre: Jacqueline Jimenez

Cargo: SST

C.C: 1044160180

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el articulo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Edgar Mancera con C.C 19'441.225 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: EDGAR MZ

Malambo, Atlántico

Testigo
Nombre: Yadgueline Jimenez
Cargo: Rrhh
C.C: 1042480188

Scanned with CamScanner

ANEXO 6

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo David Argote con C.C 7715444 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: _____

Malambo, Atlántico

Yaqueline Jimenez
Testigo
Nombre: Yaqueline Jimenez
Cargo: SST
C.C: 1042460188

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	CONFORMACION COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL	CÓDIGO HSE-FOR-14
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 6

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Mauricio Lanzo con C.C 1042348710 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: _____

Malambo, Atlántico

Yoquelne Jimenez
Testigo
Nombre: Yoquelne Jimenez
Cargo: SST
C.C: 1042160188

Scanned with CamScanner

ANEXO 10. ATS-PERMISOS

WYGSSD INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.107.831-7	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSEQ-FOR-26 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 30/05/2019

Empresa	WYGSSD Ingenieros.
Lugar de Trabajo	docum 13
Fecha de inicio	15-09-23
Fecha de finalización	19-09-23
Descripción de la tarea a realizar	Demolición de enchape.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE
ENERGIA PELIGROSAS	ELECTRICO	OTRO, CUAL?

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
• [illegible] Pena	Ayudante
• David Arcila	oficial
• Wilson Lopez	oficial
• Lorenzo Guerrero G.	ayudante
• E R	E R

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Neumáticos	/	Palas, barra. cortadilla.
Eléctricos	—	Taladro
Neumáticos		
Hidráulicos		
Manuales		
Otros		

Scanned with CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	Mismo nivel
¿Cuál es el material despues del lugar de trabajo?	
¿Cuáles son los sistemas de protección y prevención requeridos?	uso de EPP
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	uso de epp (guantes - gafas - botas).
¿Cuántos trabajadores se requieren?	10
¿Qué herramientas y recursos van a utilizar?	Taladro, pala, barra, guadaña.
¿Existen riesgos externos del área de trabajo?	NO
¿Hay riesgos de caídas a distinto nivel en el área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (choques, atrapamientos, golpes, caídas, objetos cortantes, etc.)	

Pasos detallados de la tarea	PELIGRO	RIESGO	CONTROLES	RESPONSABLE
Inspeccion de area de trabajo	Locativo	caida a mismo nivel	capacitacion prevencion de caidas sensibilizacion	SST personal operativo.
Traslado de herramientas	locativo	caida a mismo nivel	capacitacion prevencion de caidas.	SST personal.
Demolicion de enchon.	Biomecanico	movimientos repetitivos	periodos de descanso rotacion de personal	SST personal operativo.
corte con guaderos.	Biomecanico	posturas prolongadas.	· charla higiene postural · pausas activas	SST personal operativo
	Fisico	Ruido	uso de tapa oidos periodos de descanso	SST personal operativo
	Fisico	Temperaturas extremas.	suministro de hidratacion periodos de descanso	SST personal operativo.
	· condiciones de seguridad (Mecanico)	proyeccion de particulas.	uso de gafas	SST personal operativo.
orden y aseo	locativo	caida a mismo nivel	capacitacion prevencion de caidas	SST personal operativo.

FIRMA INSPECTOR HSEQ	Yoyelme Jimenez
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

DxG INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.835-1	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO: [illegible] VERSIÓN: 2 FECHA DE APROBACIÓN: [illegible]

Empresa	WIUSSA
Lugar de Trabajo	CALLE 73
Fecha de inicio	21-07-23
Fecha de finalización	26-07-23

Descripción de la tarea a realizar:

Demolicion de muro y enchape

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE	✓ 3,
ENERGIA PELIGROSAS	ELECTRICO	OTRO: CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)

1047218465 Wilson Lopez	@
85722[illegible] Juan [illegible]	
9[illegible] Daniel Arteta	
1134033345 Jose Guerrero G.	
13643682 Efrain R.	
1049621049 Rafael [illegible]	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	pala, picas, barra, martillo, [illegible]
Electricas	
Neumaticas	
Hidraulicas	
Mecanicas	
Otras	

ANALISIS DE LA TAREA

¿Cuál es el riesgo al que se encuentra en el lugar de trabajo?	A mismo nivel pdo
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección y protección requeridos?	uso de EPP - capacitacion
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Guantes, gafas, Tapados
¿Cuál es la herramienta de trabajo?	S
¿Qué maquinaria y recursos usa su labor?	Taladro. pala. barra. soldera.
¿Conoce riesgos o grandes peligros en área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de incidente o accidente alrededor del área de trabajo?	SI
¿Cuál es los peligros hay en el lugar de trabajo? (químicos, mecánicos, biológicos, ergonómicos, locativos, físicos, biomecánicos, peligros generales, etc.)	

Pasos básicos de la tarea	PELIGRO	RIESGO	CONTROLES		RESPONSABLE
inspección diario de trabajo	locativo	caida a mismo nivel.	capacitacion prevencion de caidas	señalización	SST personal operativo.
Transporte de herramienta	locativo	caida a mismo nivel.	capacitacion prevencion de caidas.	señalización	• SST • personal operativo
Demolicion de enchape	• Biomecanico	• Movimientos repetitivos	• periodos de descanso. • Rotacion de personal		SST personal operativo
	• Biomecanico	• posturas prolongadas	• charla tiene postura • pausas activas		SST personal operativo
	• Fisico	Ruido	• uso de tapaoidos • periodos de descanso		SST personal operativo
	• Fisico	Temperaturas extremas	• suministro de hidratación. • periodos de descanso		SST personal operativo
	• condiciones de seguridad MECANICO	• proyección de particulas	• uso de gafas		SST personal operativo.
orden y aseo	locativo	caida a mismo nivel (golpes).	• capacitación prevencion de caidas		SST personal operativo.

FIRMA INSPECTOR HSEQ	Yacqueline Jimenez
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESPONSABLE DE OBRA	• [illegible]

Scanned with CamScanner

WYV INGENIEROS S.A.S. Nit: 901.109.655-1	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CODIGO HSE-FOR-28 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 09/08/2019

Empresa	WYV534
Lugar de Trabajo	ANCON 3
Fecha de inicio	21-07-22
Fecha de finalización	26-07-22
Descripción de la tarea a realizar	remodelacion de muro y enchape.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	N.A	CALIENTE N.A
ENERGIA PELIGROSAS	ELECTRICO		OTRO: CUAL?

Cédula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)

1143843423	Luis C Alvarez	
1098694789	Elkin Feiky Quiroga R.	
1102719047	JOHN EDWING RAMIREZ	
1007119769	Jaider Sandoval	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Escalera		pala, pica, barra.
Eslingas		pulidora. taladro.
Herramientas		
Andamios		
Aterramiento		
Otros		

Scanned with CamScanner

ANALISIS DE LA TAREA

¿Cuál es el sitio de ocurrencia de la tarea?	A nivel de piso
¿Cuál es el número de personas en la tarea?	1
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	ATS
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Guantes - Gafas - Botas
¿Cuánto tiempo se requiere?	6
¿Qué materiales y recursos son requeridos?	pico, pala.
¿Existen otras personas en el área de trabajo?	no
¿Hay peligros de terceros o fuentes externas en el área de trabajo?	si
¿Qué otros peligros hay en el sitio de trabajo? (Animales, alimentos, químicos, eléctrico, ambiental, equipos pesados, otras tareas cercanas, etc.)	Operarios cuidado (Golpes).

Pasos básicos de la tarea	PELIGRO	RIESGO	CONTROLES	RESPONSABLE
Traslado de herramientas	condiciones de seguridad	Accidentes de transito (Atropellamiento).	- capacitación prevención accidentes de transito • señalización - conos reflectivos	SST - personal operativo.
corte de muro con pulidora	condiciones de seguridad	Proyecciones de particulas	• uso de gafas y careta • capacitación uso de pulidora	SST personal operativo
	Físico (Ruido)	generación de hipoacusia	• uso de tapa oidos	SST personal operativo
	condiciones de seguridad (tecnologico).	Explosion incendio	- uso de barreras para prevención de proyección de chispa hacia tuberias.	SST personal operativo
	Físico (Temperaturas extrm)	golpe de calor	• suministro de hidratación.	SST personal
Demolicion de muro	• Biomecanico (posturas prolongadas	Dolores lumbares.	• pausas activas	SST personal operativo
	Movimientos repetitivos).	Afectaciones en miembros superiores.	periodos de descanso	SST personal operativo.
orden y aseo	Locativo	caidas al mismo nivel	capacitacion prevencion de caidas.	SST personal operativo.
FIRMA INSPECTOR HSEQ	Jolfine Jimenez			
FIRMA ASESORA HSEQ				
RESIDENTE DE OBRA				

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO HSE-FOR-03
VERSION 1
FECHA APROBACION REVISION

1 Generalidades

FECHA DE INICIO EMPRESA EJECUTORA: wassy 21 07 25
PERMISO VALIDO HASTA: 26 07 25
AREA O LUGAR: chcom 3
Nº CONTRATO:
ACTIVIDAD A REALIZAR: corte con guitodora
Nº PERSONAS EJECUTORAS: 0
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: guitodora

Los ejecutantes han recibido información sobre la ubicación de las medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, planes de emergencia, equipos existentes para controlar el riesgo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [✓] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias corrosivas y materiales que puedan ser combustibles y/o inflamables?	✓		
¿Los equipos y materiales están ubicados y protegidos adecuadamente con lonas?	✓		
¿Se han instalado señalizaciones para peatones y vías de las áreas internas?			✓
¿Se han cubierto todas las aberturas en pavimento y pisos?	✓		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, ubicados a los costados de la tarea?	✓		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	✓		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones del trabajo en la ejecución de la tarea?	✓		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad asignada a un trabajo de la empresa durante la ejecución de la labor?	✓		
¿Se ha verificado y revisado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realiza el trabajo?	✓		
¿Se garantiza la ventilación mientras el trabajo, consta el equipo y las procedimientos contemplados para efectuar un permiso?	✓		
Si el suelo es de material combustible ¿se ha regado la arena o cubierto con una manta u otro material incombustible?	✓		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	✓		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	✓		
¿El equipo de soldadura fue sometido a mantenimiento y se encuentra en buen estado?	✓		
¿El área de trabajo tiene una buena ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	✓		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?			✓
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y lejos de fuego?			✓
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			✓
¿Se observa limpieza visual en áreas de piso, techos y equipos?			✓
¿La actividad de trabajo es caliente (aporte el uso de energía eléctrica o gas?			✓

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, careta, Botas de seguridad para soldador, Guantes cosidos de carnaza, polainas)?			
El trabajador cuenta con la camisa para poder ser Uso para soldadura			
Las polainas a usar están habilitadas e indicadas			
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura			

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Planilla afiliación)		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador		
Se verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		

5 Requerimientos adicionales

1. Por la ubicación del lugar donde se ejecuta el trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI [ ] NO [✓]
2. Por la ubicación del lugar donde se ejecuta el trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI [ ] NO [✓]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [✓]
¿Cuáles?

6 Observaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [✓]
¿El trabajo en áreas adyacentes produce riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [✓]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique):

7 Firmas Emisión y Recalificaciones

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente he declarado que
[ ] El trabajo se ha terminado
[✓] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
[✓] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que
[✓] El área quedo limpia y libre de desechos y materiales
[✓] Se ha retirado satisfactoriamente el trabajo
[✓] El permiso de trabajo ha sido suspendido
DEPARTAMENTE
NOMBRE, FIRMA Y C.C EMISOR
FECHA (dd/mm/aaaa) Y HORA (am o pm)

OBSERVACIONES:

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de normas y las demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y comparto seguro proceden con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aaaa)	VIGENCIA DESDE - HASTA (dd/mm/aaaa hh:mm)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO D.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO D.C.C.
21-08-25	21 a 26 de 08-25		Wilson Lopez
21-08-25	21 a 26 de 08-25		Juan Perez
21-08-25	21 a 23 de 08-25		
21-08-25	21 a 23 de 08-25		
21-08-25	21 a 23 de 08-25		
21-08-25	21 a 23 de 08-25		
21-08-25	21 a 23 de 08-25		Eugenio Gonzalez
21-08-25	21 a 23 de 08-25		H.S.C Ingenieros

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: [illegible]
Versión: 1
FECHA APROBACIÓN: [illegible]

1 Datos generales

FECHA DE INICIO: 29 | 07 | 23 — PERMISO VÁLIDO HASTA: 02 | 08 | 23
EMPRESA EJECUTORA: wruss y — Nº CONTRATO: 002
ÁREA O LUGAR: carpinteria — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 8
ACTIVIDAD A REALIZAR: corte con pulidora
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: pulidora

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medios de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal necesarios durante la ejecución de los trabajos: SI [✓] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	✓		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?			✓
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?			✓
¿Se han cubierto todas las aberturas en pisos y muros?	✓		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo diferentes a los existentes en la zona?	✓		
¿Los equipos a soldar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	✓		
¿La persona encargada de ejecutar la tarea ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	✓		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad adicional o un vigía/ brigadista de la empresa durante la ejecución de la tarea?	✓		
¿Se ha verificado y excluido los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	✓		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos establecidos para solicitar un permiso?	✓		
Si el suelo es de material combustible, ¿se humedece la zona o cubierta con arena mojada u otro material incombustible?			✓
¿Se ha señalizado y acordonado el área de trabajo como medida de advertencia?	✓		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	✓		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			✓
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	✓		✓
¿Las mangueras se encuentran libres de grasa, oxidación y los acoples están herméticamente sellados?			✓
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			✓
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (color del producto y rotulación SPEL o UN)?			✓
¿Se observa bloqueo visual en áreas de paso, vías/rutas y riesgos?			✓
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			✓

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, manos, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de cuero, delantal)?	✓		
El trabajador cuenta con la carnet para soldar con libro para soldadores	✓		
Los puestos a tierra están habilitados e instalados	✓		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura	✓		

4 Reconocimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas (Anexar Evidencias)	✓	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico-ocupacional de cada trabajador	✓	
Se verificado el buen estado de las herramientas y equipos a Utilizar (Registros de inspección)	✓	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada (ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES)		

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura: SI [ ] NO [✓]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados: SI [ ] NO [✓]
3. Se deben pedir otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [✓]
¿Cuáles? _____

6 Alteraciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [✓]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [✓]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Recalificaciones

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y las demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunico al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y las demás controles para minimizar los riesgos asociados al este trabajo y entiendo seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- [✓] El trabajo ha sido terminado
- [✓] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [✓] Entrego el área, equipo y libro de novedades y materiales

DAVID ARGEL
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [SI] El área quedo limpia y libre de desechos y materiales
- [SI] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [SI] El permiso de trabajo ha sido suspendido

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd-mm-aa) y HORA (solo para cierre)

OBSERVACIONES:

FECHA (dd-mm-aa)	VALIDEZ (DESDE - HASTA) (no aplica)	EMISOR FIRMA Y NO. REGISTRO O.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y NO. REGISTRO O.C.C.
29-07-23	29-07-23 - 02-08-23	[illegible]	DAVID ARGEL
29-07-23	29-07-23 - 02-8-23	[illegible]	ALONSO VERGARA
29-07-23	29-07-23 - 02-8-23	[illegible]	CAROLIC GOMEZ
29-07-23	29-07-23 - 02-8-23	[illegible]	EFRAIN ROCA
28-07-23	28-07-23 - 02-8-23	[illegible]	MARIO FONTALVO
28-07-23	28-07-23 - 02-8-23	[illegible]	WILSON SOTO
28-07-23	28-07-23 - 02-8-23	[illegible]	JUAN PEREZ
			LUIS C MUÑOZ

Scanned with CamScanner

VXI INGENIEROS S.A.S.

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: [illegible]
VERSION: 1
FECHA APROBACION: [illegible]

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: 28 | 07 | 25 — PERMISO VALIDO HASTA: 02 [illegible] - 2025
EMPRESA EJECUTORA: WTUSSA — Nº CONTRATO:
AREA O LUGAR: CHICOM 3 — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 6
ACTIVIDAD A REALIZAR: corte con pulidora
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: pulidora

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los elementos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos — SI ☑ NO ☐

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	✓		
¿Los equipos y materiales están colocados y protegidos correctamente con bases?	✓		
¿Se han instalado barreras para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas aledañas?			✓
¿Se han cubierto todas las aberturas en pisos y pozos?	✓		
¿Se han dispuesto vías de acceso adecuadas en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a las existentes en la obra?	✓		
¿Los equipos a utilizar tienen sus partes y componentes en buenas condiciones?	✓		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y participación a seguir en la ejecución de la tarea?	✓		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un supervisor de la empresa durante la ejecución de la tarea?	✓		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la actividad se realizará el trabajo?	✓		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para ejecutar un permiso?	✓		
En el sitio de trabajo ¿Se ha mojado la zona o cubierto con una manguera o otro material incombustible?			✓
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	✓		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (control de acceso)	✓		
¿El equipo de soldadura fue debidamente inspeccionado y se encuentra en buen estado?			✓
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural para realizarse emplear ventilación artificial?	✓		
¿Los manguerotes se encuentran libres de grietas, cortaduras y los empalmes están herméticamente sellados?			✓
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			✓
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o Ley)?			✓
¿Se observa ninguna válvula en forma de pico, válvulas y equipos?			✓
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			✓

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Careta integral, Protección facial, Protección visual, Visor, Gafas de seguridad para soldador, Guantes, polainas, delantal de carnaza, overol)?	✓		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	✓		
Los puestos de trabajo están habilitados e iluminados	✓		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura			✓

4 Requerimiento de documentos exigidos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	✓	
Se han realizado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador	✓	
Ha verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registro de inspección)	✓	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada (ALTURAS - ELECTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES)	✓	

5 Requerimientos adicionales

1 Por la ubicación del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI ☐ NO ☑
2 Por la ubicación del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI ☐ NO ☑
3 Se deben anexar otros permisos adicionales para el trabajo? — SI ☐ NO ☑
¿Cuáles? _____

6 Advertencias (Diligenciados por el líder ejecutante)	Marque con "X" según aplique
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI ☐ NO ☑	
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI ☐ NO ☑	
¿Cuáles son los elementos para controlar estos riesgos? / Explique:	

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

8 Claves (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

CORO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación del Permiso y los demás controles para prevenir los riesgos asociados a este trabajo y los comunicare al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

CORO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación del permiso y los demás controles para prevenir los riesgos asociados a este trabajo y comunicare a quien proceden con la ejecución del mismo

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ EMISOR - HASTA (hora y fecha)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO D.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO D.C.C.
28-07-25	02-08-25 5:00 PM	[illegible]	• [illegible] CHICO
28-07-25	02-08-25 5:00 PM	[illegible]	• [illegible]
28-07-25	02-08-25 5:00 PM	[illegible]	• Jefe de la ug
28-07-25	02-08-25 5:00 PM	[illegible]	• MARCO PEREZ
28-07-25	02-08-25 5:00 PM	[illegible]	• [illegible]
28-07-25	02-08-25 5:00 PM	[illegible]	• [illegible]
			•
			•

EJECUTOR: Personalmente he verificado que
☑ El trabajo no está terminado
☑ El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
☑ Entrego en área limpia y libre de desechos y materiales
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que
☑ El área queda limpia y libre de desechos y materiales
☑ Se han tomado todas las precauciones en trabajo
☑ El permiso de trabajo [illegible] suspendido
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR
FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES

Scanned with CamScanner

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	CÓDIGO: HSE-FOR-13 VERSION 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Mantenimiento (Medicion cubierta)		
N° CONTRATO	007	CIUDAD	Molombo
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSY	NIT	901109883
UBICACIÓN ESPECIFICA:	Hotel Report cuerpo 1		
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	01-08-2025		
ACTIVIDAD A REALIZAR	Medicion de cubierta	ACTIVIDAD RUTINARIA	SI ✓ NO
DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	Medicion cubierta.	ALTURA APROXIMADA (M):	
HERRAMIENTAS A UTILIZAR	Metro		

I. PERMISO CONCEDIDO A

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando SI (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

N°	NOMBRE	CÉDULA / PEP	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RESOLUCIÓN 4272 DE 2021																						FIRMA
			Casco dieléctrico con barbuquejo	Gafas de seguridad	Guantes anticortantes	Protección auditiva	Protección respiratoria	Botas industriales con punta antideslizante	Arnés de cuerpo completo	Eslinga sencilla de posicionamiento	Eslinga doble con absorvedor	Eslinga de restricción en Y	Eslinga en Y con absorvedor	Línea de vida horizontal	Línea de vida vertical	Mosquetones	Anticaidas de pulso	Descensador 8D	Poleas	Bolsas	Jumar portatil (Tie off)	Arnés Tipo	Prusiks			
T1	Carlos Suarez	1019015410	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓											
T2	Daniel Ariza	1075558025	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓											
T3	Edwin Quiroga	1098674288	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓											
T4																									
T5																									

II. CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T= empleado ejecutante)

CONCEPTO A EVALUAR	T1		T2		T3		T4		T5		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Cuenta con exámen médico ocupacional con énfasis en alturas vigente?	✓		✓		✓						
¿Cuenta con afiliaciones EPS, AFP, ARL al día?	✓		✓		✓						
¿Cuenta con certificado de trabajador autorizado vigente?	✓		✓		✓						
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓						
¿Recibió entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	✓		✓		✓						
¿Ingirió licor en las últimas 24 horas ?		✓		✓		✓					
Se retiro cadenas, relojes, pulseras?	✓		✓		✓						
¿Está tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ? ¿Cual?		✓		✓		✓					
¿Se siente bien física y mentalmente, y capaz de realizar la actividad?	✓		✓		✓						

III. MEDIDAS DE PREVENCIÓN - PRECAUCIONES GENERALES

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
¿El área de trabajo está señalizada y cerrarcone con vinta, conos, señales, polisombra u otro?	✓			
¿Las herramientas y los equipos de trabajo en la alturas fueron inspeccionados y se encuentran en buenas condiciones para su uso?	✓			
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajo?	✓			
¿Se cuentan con sombrillas de salida de materiales?	✓			
¿El cabezote de seguridad está libre de grasa o barro?	✓			
¿Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor?	✓			
¿El área de trabajo fue revisada, despejada y cumple condiciones de rescate o emergencia?	✓			

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO				EQUIPO DE EMERGENCIAS Y/O RESCATE				SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA			
Andamio multidireccional	✓	Cerradilla		Camilla Rigida		Eq. Primeros auxilios		Barandas	✓	Plataformas	✓
Escalera	✓	Elevador		Extintor	✓	Botiquin	✓	Redes		Linea de Advertencia	
Silla de suspensión		¿Otro? ¿Cual?		Equipo Rescate Alturas		¿Otro? ¿Cual?		Pasarela		¿Otro? ¿Cual?	

IV. ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
¿Se cuentan con buenas condiciones atmosféricas (viento, lluvia, etc.) adecuadas?	✓			
¿El lugar de trabajo se encuentra libre y despejado al iniciar la actividad?	✓			

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

¿Se han establecido y verificado los puntos de anclaje por cada trabajador?	✓		
¿Hay peligro de resbalar o tropezar en el piso de área de trabajo?	✓		
¿Existen hoyos o grietas debajo de área de trabajo?		✓	
¿Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas?			
¿Se cuentan con medidas que garanticen el trabajo con líneas o equipos energizados?	✓		
¿Otros peligros en el lugar de trabajo? (choques, electricidad, químicos, corrientes, iluminación, superficie resbalosa, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	✓		
¿Sistemas de posicionamiento, restricción o detención de caídas a utilizar?	✓		
¿Cuáles son las medidas de prevención necesarias?	✓		
¿Cuántos metros libres requiere en caso de caída?	•		
¿Qué materiales o recursos van a utilizarse?			

ANÁLISIS DE LA TAREA

PASOS SIGNIFICATIVOS	RIESGOS / CONSECUENCIAS	CONTROLES Y SOLUCIONES
Armé de andamios	Caída a diferente nivel	• capacitación y prevención de accidentes / periodo de descanso
	Manipulación manual de cargas	
Ascenso a cubierta	caídas de alturas / Físico Temperatura (golpe de calor, trabajo alturas Caídas)	• suministro hidratación • capacitación - Pausas
Medición de cubierta	condiciones de seguridad	
Descenso de cubierta en andamios	Caída de alturas golpes.	capacitación trabajo en alturas - prevención de caídas

V. LISTA DE CHEQUEO DE ESCALERAS Y/O ANDAMIOS (SI APLICA)

LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
La escalera está sin peldaños, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc.)	✓			
Todos los travesaños están libres de líquidos, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	✓			
La distancia entre la pared y el pie de la escalera debería ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma	✓			
Hay amarres entre el de dos o más escalerón	✓			
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida	✓			
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros	✓			
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos	✓			
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la aprobará es dieléctrico	✓			
Están se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?	✓			
LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MOVILES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas	✓			
El personal a cargo del montaje y desarme de andamios cuenta con la certificación adecuada	✓			
El área de trabajo está perfectamente	✓			
La superficie de apoyo es firme, plana y rígida, y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse	✓			
El andamio esta completo y sus partes no presentan averías ni están dañadas	✓			
Las plataformas están aseguradas entre sí y al andamio	✓			
Andamios diseñados para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales	✓			
Se asegura que los andamios no sean rebasados por algún vehículo	✓			
Cuentan líneas eléctricas aéreas en las condiciones?		✓		
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)	✓			
Zapatas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?	✓			

V. OBSERVACIONES

VI. VALIDACIÓN Y REVALIDACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABILIDADES DEL PERMISO

Como **Responsable de Área**, he verificado en campo con el Coordinador de Seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y he comunicado al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.
Como **Coordinador de Trabajos en Alturas**, he verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y contar lo seguro para proceder con la ejecución del mismo.
Como **Responsable de activar el Plan de Emergencias**, declaro estar disponible para que, de ser necesario, realizar el reporte de incidentes y activar el Plan de Emergencias.
Como **Ayudante de Seguridad**, he revisado las condiciones de seguridad en el sitio de trabajo y estoy dispuesto a controlar el acceso a las áreas de riesgo de caída de objetos o personas.

AYUDANTE DE SEGURIDAD (OPCIONAL)

NOMBRE	x Carlos E Suarez	CEDULA / PEP	x 1019015410	FIRMA	x

VALIDEZ DEL PERMISO		HOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO (RESPONSABLE DE ÁREA)	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE TRABAJOS EN ALTURAS
INICIO	FINAL			
HORARIO 7:00 AM	3:00 PM	Jaqueline Jimenez	Erick Arroyo	Yaqueline Jimena
FECHA 01-08-23				

REVALIDACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

FECHA	DÍA 1	01-08-23	DÍA 2	02-08-23	DÍA 3		DÍA 4		DÍA 5		DÍA 6		DÍA 7	
FIRMA DEL COORDINADOR DE TRABAJOS EN ALTURAS														

Nota: El Coordinador de Trabajos en Alturas es responsable de revalidar el permiso de trabajo, siempre y cuando se mantengan las condiciones iniciales descritas en el presente documento. Si se presentan cambios de rotación de turno, cambios de coordinador, cambios de trabajadores autorizados, cambios de autoridades que validen el permiso, cambios de las condiciones iniciales del trabajo, entre otros, se debe cerrar el presente permiso y generar uno nuevo.

VII. CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL ÁREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD			
PERSONALMENTE DECLARO QUE:	SI	NO	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El área queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes y/o incidentes		✓	
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales	✓			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente	✓		
Otros				Otros			
NOMBRE Y FIRMA				NOMBRE Y FIRMA	Yaqueline Jimena		

Scanned with CamScanner

ANEXO 11.
INSPECCIONES

	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-25
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 03/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arafia	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presentia deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo		✓				
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yeyselin Jimenez	Fecha: 24-07-23	Firma	Yeyselin Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	NICOLAS	Fecha	Firma	NICOLAS MARTINEZ
Cargo	RIVAÑIL			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.685-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura	✓					
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes	✓					
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida	✓					
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones	✓	✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yoyfer de Jimenez	Fecha 210722	Firma	Yoyfer Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	MARIO FONTALVO	Fecha 210722	Firma	MARIO FONTALVO
Cargo	AYUDANTE			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Victor Tsoaro	Fecha	Firma	
Cargo	Ayudante Electrico			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del lafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o rallladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yoselve Jimenez	Fecha 24-07-19	Firma	Yoselve Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Alfonso	Fecha:	Firma	Alfonso
Cargo	Maestro			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109 885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arafia	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓	✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
5.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha: 21-07-23	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador		Fecha: 21-07-23	Firma	
Cargo	Oficial			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109 685 1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del taliete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arafia	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yordan Jimenez	Fecha 21-07-23	Firma	Yordan Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Juan Perez	Fecha 21-07-23	Firma	
Cargo	Ayudante			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 805-1	**FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**	**VERSION 1** **FECHA DE APROBACION: 08/01/2019**

		CUMPLE			USO		
1	**CASCO DE SEGURIDAD**	**SI**	**NO**	**NA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	**BOTAS DE SEGURIDAD**	**SI**	**NO**	**NA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	**GUANTES DE SEGURIDAD**	**SI**	**NO**	**NA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	**LENTES DE SEGURIDAD**	**SI**	**NO**	**NA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	**PROTECTORES AUDITIVOS**	**SI**	**NO**	**NA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	**ROPA DE TRABAJO**	**SI**	**NO**	**NA**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica **SI :** SI CUMPLE **NO:** NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha: 21-07-23	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Wilson Lopez	Fecha: 21-07-23	Firma	
Cargo	oficial			

Scanned with CamScanner

KIVEY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.709 885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tahalete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo		✓				
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yadira Vila Ramirez	Fecha 21-04-25	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador		Fecha	Firma	
Cargo	Ayudante	21-04-25		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109 885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del taliarte	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arnés	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo		✓				
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yoqueline Jimenez	Fecha 22-04-23	Firma	Yoqueline Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Elkin Quiroga	Fecha 21-04-23	Firma	Elkin Quiroga
Cargo	Ayudante			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tahalí	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo		✓				
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yoselin Jimenez	Fecha: 26-07-23	Firma	Yoselin Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Jaider	Fecha: 26-07-23	Firma	Jaider Sandoval
Cargo	Auxiliar			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del taflete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad		✓				
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: ND CUMPLE

Inspector HSEQ	Yoseline Jimenez	Fecha: 21-09-23	Firma	Yoseline Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Rosmario G.	Fecha: 21-09-2023	Firma	Rosmario Guarino G.
Cargo	Ayudante			

Scanned with CamScanner

KUBY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.169.635-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arafa	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura perdida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Fecha: 27-04-23	Firma	
Asesor HSEQ	Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Fecha:	Firma	
Cargo Contratista	26/07/23		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.685-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformacion o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yaqui Jimenez	Fecha 28-07-23	Firma	Yaqui Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Jaider Sandoval	Fecha		
Cargo	Auxiliar	26-07-23	Firma	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901 109 805-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura	✓					
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yolyetine jimenez	Fecha 22-01-25	Firma	Yolyetine Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	MARCO REYES	Fecha 22 enero 2025	Firma	MARCO REYES
Cargo	AYUDANTE			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.685-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	COCIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o rallladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yelfrin Jimenez	Fecha 23-07-19	Firma	Yelfrin Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Jorge Santander	Fecha 23-07-19	Firma	Jorge Santander
Cargo	Auxiliar			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 885 1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raltadura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yacqueline Jimena	Fecha: 28-04-23	Firma	Yacqueline Jimena
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador: NICOLAS MARIN		Fecha: 28-04-23	Firma	NICOLAS
Cargo: ALBAÑIL				

Scanned with CamScanner

VYV INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.107.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Este en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general	✓					
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas			✓			

NA: No aplica **SI:** SI CUMPLE **NO:** NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yacpuline Jimenez	Fecha 28-01-20	Firma	Yacpuline Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador:	Juancarlos	Fecha	Firma	Juan carlos camargo
Cargo	AYUDANTE	28-2019		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.100.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del taffete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e higiene	✓					
7.2	Fibras cosadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ: Yaqueline Jimen	Fecha: 28-01-23	Firma	Yaqueline Jimenez.
Asesor HSEQ	Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador: DAVID ARCOS	Fecha: 28-01-23	Firma	
Cargo: OFICIAL			

Scanned with CamScanner

VYV INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ Yadyl Jimenez	Fecha: 20-04-23	Firma	Yadyl
Asesor HSEC	Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador Lorenzo G.	Fecha: 20-04-23	Firma	Lorenzo Guerrero.
Cargo Ayudante			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit 901 106 885 1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yaqueline Jimena	Fecha: 28-01-25	Firma	Yaqueline Jimena
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Efraín R	Fecha 28-01-25	Firma	
Cargo	Ayudante			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901 109 885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o rallladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o despastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha: 28-09-23	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador:		Fecha: 28-09-23	Firma:	
Cargo:	Plomero			

Scanned with CamScanner

RUSTY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28 VERSION 1 FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tatlete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arafa	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha: 20-04-23	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Alfonso Vergara	Fecha: 20-04-23	Firma	
Cargo	Maestro			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS E.A.S. Nit. 901.109 885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladuras de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas			✓			

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yaqueline Jimenez	Fecha: 27-07-23	Firma	Yaqueline Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Juan Perez	Fecha: 27-4-23	Firma	
Cargo	Ayudante			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.169.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o rallladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica **SI :** SI CUMPLE **NO:** NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yacyline Jimenez	Fecha: 27-07-25	Firma	Yacyline Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	MARIO FONTALVO	Fecha: 28-07-25	Firma	29-07-2025
Cargo	AYUDANTE			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tahalete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la arafa	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura perdida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha 20-04-23	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	Rogelio	Fecha 20-4-23	Firma	
Cargo	Aux			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yorfanlis Jimenez	Fecha: 18-09-23	Firma	Yorfanlis Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Wilson Soto	Fecha: 20-9-23	Firma	
Cargo	Aseo			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28 VERSION 1 FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuados para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI: SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yadyla Jimenez	Fecha: 12-04-23	Firma	Yadyla Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Jorge Luis Perez Cruz	Fecha: 28-04-23	Firma	
Cargo	Operativo			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109 885 1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-23
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son adecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta detenoro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o ralladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ	Yeyder Jimenez	Fecha: 10-01-23	Firma	Yeyder Jimenez
Asesor HSEQ		Fecha:	Firma	
Nombre del Trabajador	Victor Tarazona	Fecha 10-01-23	Firma	Victor Tarazona
Cargo	Ayudante E.C.O			

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	FORMATO INSPECCION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-28
		VERSION 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

		CUMPLE			USO		
1	CASCO DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Esta en buen estado el Casquete	✓					
	Esta en buen estado del tafilete	✓					
1.2	Esta en buen estado de la araña	✓					
2	BOTAS DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Esta en buen estado la cubierta	✓					
2.2	Esta en buen estado la suela	✓					
2.3	Son acecuadas para el riesgo	✓					
3	GUANTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	El Material esta en buenas condiciones	✓					
3.2	Son adecuados para el riesgo	✓					
3.3	Presenta deterioro general		✓				
5	LENTES DE SEGURIDAD	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
5.1	Cortes o rotura		✓				
5.2	Desgaste, deformación o raladura de lentes		✓				
5.3	Cuenta con cordón de seguridad	✓					
5.4	Montura partida o vencida		✓				
6	PROTECTORES AUDITIVOS	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
6.1	Desgaste o deformaciones		✓				
6.2	Ajuste inadecuado o incorrecto		✓				
6.3	Adecuado para el riesgo	✓					
7	ROPA DE TRABAJO	SI	NO	NA	SI	NO	OBSERVACIONES
7.1	la ropa de trabajo se encuentra en buenas condiciones de aseo e Higiene	✓					
7.2	Fibras cortadas o desgastadas		✓				

NA: No aplica SI : SI CUMPLE NO: NO CUMPLE

Inspector HSEQ		Fecha: 28-04-23	Firma	
Asesor HSEQ		Fecha	Firma	
Nombre del Trabajador	EDWIN QUIROGA	Fecha 28-04-23	Firma	
Cargo	AYUDANTE			

Scanned with CamScanner

VyV INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	VyV 334	**NIT**	901109805

PULIDORA N= 1 OPERADOR: Alfonso Vergara

MES: Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—			
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—		—		—			
	Estado del accesorio portadiscos	—		—		—			
	Estado del mango	✓		—		—			
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		—		—			
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—		—		—			
	Carcaza de protección del disco instalada	—		—		—			
	Carcaza de protección del disco ajustada	—		—		—			
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		—		—			
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—		—		—			
	Cuadro eléctrico protegido	—		—		—			
	Se verifica guarda de seguridad	—		—		—			
	Estado general de la guia y la guarda	—		—		—			
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—		—		—			
	Contratuerca asegurada al eje	—		—		—			
	Escobillas funcionando	—		—		—			
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—		—		—			
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	—		—		—			
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—		—		—			
	Estado de la plaqueta de identificación	—		—		—			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Alfonso Vergara		Alfonso Vergara		Alfonso Vergara			
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
1-07-25	En buenas condiciones	
2-07-25	En buenas condiciones	
3-07-25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	MRUSSC	**NIT**	901109785

PULIDORA No. 1 **OPERADOR** Sergio Cervantes Jimenez

MES julio **TAMAÑO** G ✓ P

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓			
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓			
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓			
	Estado del mango	✓		✓		✓			
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓			
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓			
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓			
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓			
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓			
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓			
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓			
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓			
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓			
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓			
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓			
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓			
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓			
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓			
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓			
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
24-07-23	En buenas condiciones	
25-07-23	En buenas condiciones	
26-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	wrossy	**NIT**	901104883

PULIDORA No: 2 OPERADOR DAVID Argel

MES julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia conos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación								
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

VxV INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRV554	**NIT**	901100188-5

PULIDORA No: 1 OPERADOR: Luis C Cabrera d

MES: Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓					
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓					
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓					
	Estado del mango	✓		✓					
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓					
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓					
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓					
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓					
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓					
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓					
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓					
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓					
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓					
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓					
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓					
	Escobillas funcionando	✓		✓					
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓					
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓					
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓					
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	[signature]		[signature]					
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]					
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
25-07-20	En buenas condiciones	
26-07-20	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WORSY	**NIT**	901100823

PULIDORA No. 1 OPERADOR Juan Perez

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—		—		—		—	
	Estado del accesorio portadiscos	—		—		—		—	
	Estado del mango	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	—		—		—		—	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco instalada	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco ajustada	—		—		—		—	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	—		—		—		—	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—		—		—		—	
	Cuadro eléctrico protegido	—		—		—		—	
	Se verifica guarda de seguridad	—		—		—		—	
	Estado general de la guía y la guarda	—		—		—		—	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—		—		—		—	
	Contratuerca asegurada al eje	—		—		—		—	
	Escobillas funcionando	—		—		—		—	
	No se evidencia corlos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—		—		—		—	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	—		—		—		—	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—		—		—		—	
	Estado de la plaqueta de identificación	—		—		—		—	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
22-07-25	En buenas condiciones	
23-07-25	En buenas condiciones	
23-07-25	En buenas condiciones	
24-07-25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: HSE-FOR-20
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WRV SAS	NIT	901100785

PULIDORA No 1 OPERADOR Wilson Lopez

MES Julio 2023 TAMAÑO G [ ] F [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—							
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—							
	Estado del accesorio portadiscos	—							
	Estado del mango	—							
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	—							
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—							
	Carcaza de protección del disco instalada	—							
	Carcaza de protección del disco ajustada	—							
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	—							
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—							
	Cuadro eléctrico protegido	—							
	Se verifica guarda de seguridad	✓							
	Estado general de la guia y la guarda	—							
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—							
	Contratuerca asegurada al eje	—							
	Escobillas funcionando	✓							
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—							
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓							
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—							
	Estado de la plaqueta de identificación	—							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	(W)							
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
23-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

MSEAWARDS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	Urbasa	**NIT**	901100825

PULIDORA No. 1 OPERADOR Efrain Ramirez

MES: Julio TAMAÑO G: P: ✓

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓							
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓							
	Estado del accesorio portadiscos	✓							
	Estado del mango	✓							
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓							
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓							
	Carcaza de protección del disco instalada	✓							
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓							
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓							
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓							
	Cuadro eléctrico protegido	✓							
	Se verifica guarda de seguridad	✓							
	Estado general de la guia y la guarda	✓							
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓							
	Contratuerca asegurada al eje	✓							
	Escobillas funcionando	✓							
	No se evidencia conos/chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓							
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓							
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓							
	Estado de la plaqueta de identificación	✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
2-08-19	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSH	**NIT**	901109885

PULIDORA No. 1 OPERADOR Erkin Ferney Quiroga Ramirez

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓							
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓							
	Estado del accesorio portadiscos	✓							
	Estado del mango	✓							
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓							
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)								
	Carcaza de protección del disco instalada	✓							
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓							
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓							
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓							
	Cuadro eléctrico protegido	✓							
	Se verifica guarda de seguridad	✓							
	Estado general de la guia y la guarda	✓							
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓							
	Contratuerca asegurada al eje	✓							
	Escobillas funcionando	✓							
	No se evidencia corlos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓							
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓							
	No se evidencias ruidos extraños durante el funCionamiento de la pulidora	✓							
	Estado de la plaquela de identificación	✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Erkin Quiroga							
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA I PREVENT
26-07-21	en buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	ARROSSA	**NIT**	901109883

PULIDORA No 1 **OPERADOR** Jorge Luis Cano

MES Julio **TAMAÑO:** G ☐ P ☑

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓			
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓			
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓			
	Estado del mango	✓		✓		✓			
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓			
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓			
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓			
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓			
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓			
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓			
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓			
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓			
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓			
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓			
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓			
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓			
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓			
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓			
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓			
	Estado de la plaquela de identificación								
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Jorge Luis Cano		Jorge Luis Cano		Jorge Luis Cano			
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
24-04-23	En buenas condiciones	
25-04-23	En buenas condiciones.	
26-04-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	wrossy	**NIT**	901100883

PULIDORA No 2 OPERADOR Josemaria Guevara Garcia

MES julio 2023 TAMAÑO G ☐ P ☑

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—		—		—		—	
	Estado del accesorio portadiscos	—		—		—		—	
	Estado del mango	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	—		—		—		—	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco instalada	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco ajustada	—		—		—		—	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	—		—		—		—	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—		—		—		—	
	Cuadro eléctrico protegido	—		—		—		—	
	Se verifica guarda de seguridad	—		—		—		—	
	Estado general de la guia y la guarda	—		—		—		—	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—		—		—		—	
	Contratuerca asegurada al eje	—		—		—		—	
	Escobillas funcionando	—		—		—		—	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—		—		—		—	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	—		—		—		—	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—		—		—		—	
	Estado de la placueta de identificación								
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA I PREVENT
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRV334	**NIT**	901109883

PULIDORA No 1 OPERADOR Faide Sandoval

MES Dic 2023 TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión electrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico			✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la placueta de identificación								
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Faide		Faide		Faide		Faide	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
29-04-23	En buenas condiciones	
30-04-23	En buenas condiciones	
01-05-23	En buenas condicion.	
02-05-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	arussa	**NIT**	901109883

PULIDORA No: 2 OPERADOR: Erikin Yeiner Quiroga R.

MES: Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y sus conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia corto(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
28-04-23	En buenas condiciones	
30-01-23	En buenas condiciones	
01-08-23	En buenas condiciones	
02-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WIU 554	**NIT**	901100803

PULIDORA No 1 OPERADOR Victor Tascano

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la piequeta de identificación	✓		✓				✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
27-04-23	En buenas condiciones	
30-04-23	En buen condiciones	
01-05-23	En buen condiciones	
04-05-23	En buen condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRU334	**NIT**	901189883

PULIDORA No 2 OPERADOR • Jorge de la Cal

MES Julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor se encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓			
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	• Jorge de la Cal		• Jorge de la Cal		• Jorge de la Cal		• Jorge de la Cal	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-01-23	En buenas condiciones	
24-01-23	En buen condiciones	
01-02-23	En buen condiciones	
08-02-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WIUSSY	**NIT**	901100985

PULIDORA No. 1 **OPERADOR** - Wilson Ros

MES Julio **TAMAÑO** G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—		—		—		—	
	Estado del accesorio portadiscos	—		—		—		—	
	Estado del mango	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	—		—		—		—	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco instalada	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco ajustada	—		—		—		—	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	—		—		—		—	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—		—		—		—	
	Cuadro eléctrico protegido	—		—		—		—	
	Se verifica guarda de seguridad	—		—		—		—	
	Estado general de la guía y la guarda	—		—		—		—	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—		—		—		—	
	Contratuerca asegurada al eje	—		—		—		—	
	Escobillas funcionando	—		—		—		—	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—		—		—		—	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	—		—		—		—	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—		—		—		—	
	Estado de la plaqueta de identificación	—		—		—		—	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRNA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-04-25	En buenas condiciones	
24-04-25	En buenas condiciones	
30-04-25	En buenas condiciones	
2-04-25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
Nº CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	ARV JSH	**NIT**	901109785

PULIDORA No. 1 OPERADOR: Rogelio Guerrero

MES: Julio TAMAÑO: G [ ] P [—]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—		—		—		—	
	Estado del accesorio portadiscos	—		—		—		—	
	Estado del mango	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	—		—		—		—	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco instalada	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco ajustada	—		—		—		—	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	—		—		—			
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—		—		—		—	
	Cuadro eléctrico protegido	—		—		—		—	
	Se verifica guarda de seguridad	—		—		—		—	
	Estado general de la guía y la guarda			—		—		—	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—		—		—			
	Contratuerca asegurado al eje	—		—		—		—	
	Escobillas funcionando	—		—		—		—	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—		—		—		—	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	—		—		—		—	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—		—		—		—	
	Estado de la plaqueta de identificación	—		—		—		—	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
04-07-23	En buenas condiciones	
30-07-23	En buenas condiciones	
01-08-23	En buenas condiciones	
02-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	OC 2		
ENTIDAD CONTRATANTE	FNC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CURUSSU	**NIT**	901104883

PULIDORA No. 2 OPERADOR MARIO FONTALVO

MES junio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓				✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	MARIO FONT		MARIO F		MARIO F		MARIO F	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-04-23	En buenas condiciones	
28-04-23	En buenas condiciones	
01-06-23	En buenas condiciones	
03-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INSENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	URUSSY	**NIT**	901109885

PULIDORA No. 3 OPERADOR Juan Perez

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación			✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
28-07-23	Pulidora funcionando	
30-07-23	En buenas condiciones	
01/08/23	En buenas condiciones	
02-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INSENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRVSSU	**NIT**	901100188

PULIDORA Nº 1 OPERADOR Alfonso Vergara

MES Julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortes(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación					✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
28-07-23	En buen condiciones	
30-07-23	En buen estado	
01-08-23	En buen estado	
02-08-23	En buen estado	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimientos		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FHC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRV334	**NIT**	901103885

PULIDORA No: 1 OPERADOR: Kevin C Restrepo T 1143...

MES: julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
28-07-23	En buen condicion	
29-07-23	En buen condicion	
30-07-23	En buen condicion	
01-08-23	En buen condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRD554	**NIT**	901109863

PULIDORA No. 1 **OPERADOR** Efraín Ramirez

MES julio **TAMAÑO:** G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	—		—		—		—	
	Estado del accesorio portadiscos	—		—		—		—	
	Estado del mango	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	—		—		—		—	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco instalada	—		—		—		—	
	Carcaza de protección del disco ajustada	—		—		—		—	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	—		—		—		—	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	—		—		—		—	
	Cuadro eléctrico protegido	—		—		—		—	
	Se verifica guarda de seguridad	—		—		—		—	
	Estado general de la guia y la guarda	—		—		—		—	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	—		—		—		—	
	Contratuerca asegurada al eje	—		—		—		—	
	Escobillas funcionando	—		—		—		—	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	—		—		—		—	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	—		—		—		—	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	—		—		—		—	
	Estado de la plaqueta de identificación								
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA /PREVENT.
28-07-23	En buen condicion	
29-07-23	En buen condicion	
30-07-23	En buen condicion	
01-8-23	En buen condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	≠AC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CRUSSY	**NIT**	901109885

PULIDORA No. 4 OPERADOR: Rosario Suarez

MES julio TAMAÑO. G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro electrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓				✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGOS	ACCION CORRECTIVA I PREVENT.
27-04-23	En buenas condiciones	
30-04-23	En buenas condiciones	
01-07-23	En buenas condiciones	
02-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WIU334	**NIT**	901109885

PULIDORA No: 3 OPERADOR: DAVID ARGOTA

MES: JULIO TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarca	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓				✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la placueta de identificación	✓				✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
18-07-23	En buenas condicion	
24-07-23	En buena condicion	
30-07-23	En buena condicion	
01-08-23	En buena condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WIUSSH	**NIT**	901109883

PULIDORA No 14 **OPERADOR** Juan Carlos Camargo

MES julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓				✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓				✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortes(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓				✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-07-25	En buenas condiciones	
24-07-25	En buenas condiciones	
30-07-25	En buenas condiciones	
04/8/25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	CODIGO: HSE-FOR-20
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CRUSSY	**NIT**	901109825

PULIDORA No: 1 OPERADOR: Juan carlos camargo

MES: Julio 2023 TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓					
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓					
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓					
	Estado del mango	✓		✓					
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓					
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓					
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓					
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓					
	Extensión electrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓					
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓							
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓					
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓					
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓					
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓					
	Contratuerca asegurada al eje	✓							
	Escobillas funcionando	✓		✓					
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓					
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓					
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓					
	Estado de la plaqueta de identificación								
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Juan		Juan					
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
26-07-23	En buenas condiciones	
27-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INSENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CRUSSH	**NIT**	901104883

PULIDORA No. 2 OPERADOR NICOLAS MARTINEZ

MES Julio TAMAÑO G [ ] P [X]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓				✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓				✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	NICOLAS		NICOLA		NICOLA		NICOLA	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENT.
17-07-23	En buen condiciones	
20-07-23	En buen condiciones	
01-08-23	En buen condiciones	
02/08/23	En buen condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CIVILSA	**NIT**	901109805

PULIDORA No. 1 **OPERADOR** Jorge Sanabria

MES Julio **TAMAÑO** G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortes(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Jorge S		Jorge S		Jorge S		Jorge S	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-07-23	En buenas condiciones.	
24-07-23	En buenas condiciones	
30-07-23	En buenas condiciones	
01-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	wruss4	**NIT**	901100185

PULIDORA No. 1 OPERADOR MARCO PEREZ

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del table y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Marco Perez		Marco Perez		Marco Perez		Marco Perez	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-01-23	En buen Estado	
28-01-23	En buen estado	
31-01-23	En buen estado	
7-02-23	En buen estado	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA**	**CODIGO: HSE-FOR-20**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CURUSSU	**NIT**	901104883

PULIDORA No. 1 **OPERADOR** [signature]

MES julio **TAMAÑO** G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓		✓		✓	
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
22-07-23	En buenas condiciones	
31-07-23	En buen condicion	
01-08-23	En buen condicion	
02-08-23	En buen condicion	

Scanned with CamScanner

	INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: HSE-FOR-20
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WIWSY	NIT	901109083

PULIDORA No. 1 OPERADOR Jorge Sandoval

MES Julio TAMAÑO D [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCION OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓		✓		✓	
	Carcaza de protección del disco ajustado	✓		✓		✓		✓	
	Extensión electrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓		✓		✓	
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Cuadro electrico protegido	✓		✓		✓		✓	
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓	
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓		✓		✓	
	Conexiones aseguradas al eje	✓		✓		✓		✓	
	Escobillas funcionando	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓		✓		✓	
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Jorge		Jorge		Jorge		Jorge	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-07-19	En buenas condiciones	
24-07-19	En buenas condiciones	
30-07-19	En buenas condiciones	
31-07-19	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRJ334	NIT	9011091882

TALADRO No. 1 OPERADOR: NICOLAS MARTINEZ

MES: jul/10 TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓			
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓			
	Estado del mandril	✓		✓		✓			
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓			
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓			
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓			
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓			
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	NICOLAS		NICOLAS		NICOLAS			
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA/ PREVENT.
24-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	unisy	NIT	901 109 805

TALADRO No. 1 OPERADOR Victor Tegano

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓					
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓					
	Estado del mandril	✓		✓					
	Estado de la llave del mandril	✓		✓					
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓					
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓					
	Estado del boton de seguro	✓		✓					
	Estado de la base de trabajo	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Victor		Victor					
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	Yanny		Yanny					
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
25-07-25	En buen estado	
26-07-25	En buen estado	

Scanned with CamScanner

LILOY INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	UTUSSA	NIT	901100188 5

TALADRO No. 2 OPERADOR Alfonso Vergara

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones elécricas	✓		✓		✓			
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓			
	Estado del mandril	✓		✓		✓			
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓			
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓			
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓			
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓			
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
04-07-23	En buenas condiciones	
13-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

LUYCI INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	LUCYSA	NIT	901109985

TALADRO No: 1 OPERADOR: Rogelio Guerrero Jaramillo

MES: julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓			
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓			
	Estado del mandril	✓		✓		✓			
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓			
	Estado de los agueros para las llaves del mandril	✓		✓		✓			
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓			
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓			
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
24-07-23	En buenas condiciones	
25-07-23	En buenas condiciones	
26-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	**CODIGO: HSE-FOR-19**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	**NIT**	
Empresa Contratista	Urusy	**NIT**	901109805

TALADRO No. 1 OPERADOR David Argote

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓					
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓					
	Estado del mandril	✓		✓					
	Estado de la llave del mandril	✓		✓					
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓					
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓					
	Estado del botón de seguro	✓		✓					
	Estado de la base de trabajo	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
26-07-19	En buena condicion	
27-07-19	En buena condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO**	**CODIGO: HSE-FOR-19**
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	**NIT**	
Empresa Contratista	WRDSSY	**NIT**	901109885

TALADRO No. 2 OPERADOR Luis C Martinez

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas								
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓							
	Estado del mandril	✓							
	Estado de la llave del mandril	✓							
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓							
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓							
	Estado del boton de seguro	✓							
	Estado de la base de trabajo	✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
22-07-23	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	wrussy	NIT	901909883

TALADRO No. 3 OPERADOR Juan Pegos

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-20	En buenas condiciones	
22-07-20	En buenas condiciones	
23-07-20	En buenas condiciones	
24-07-20	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FA	NIT	
Empresa Contratista	ewrussy	NIT	901109885

TALADRO No. 1 OPERADOR Wilson Lopez

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interupior de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	W		W		W		W	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WYU334	NIT	901109885

TALADRO No 1 OPERADOR Erkin Yeney Quiroga Ramirez

MES Julio TAMAÑO G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—							
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	—							
	Estado del mandril	—							
	Estado de la llave del mandril	—							
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	—							
	Estado del cuerpo (Carcaza)	—							
	Estado del botón de seguro	—							
	Estado de la base de trabajo	—							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Erkin Quiroga							
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
26-07-21	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WIDSSA	NIT	901109825

TALADRO No 1 OPERADOR Leonardo Guevara G.

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del bolsa de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Leo G.		Leo G.		Leo G.		Leo G.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-20	En buenas condiciones	
22-07-20	En buenas condiciones	
23-07-20	En buens condicions	
24-07-20	En buens condicions.	

Scanned with CamScanner

WYJ INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	(Mantenimiento) demolicion de enchape		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WYJ ingenieros	NIT	901109885

TALADRO No. 1 OPERADOR Efrain Ramirez

MES julio 2023 TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	E.R.		E.R.		E.R.		E.R.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	J. Agudelo		J. Agudelo		J. Agudelo		J. Agudelo	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
15-07-23	En buenas condiciones	
16-07-23	En buenas condiciones	
17-07-23	En buena condiciones	
18-07-23	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	(Mantenimiento) Demolicion enehoje.		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	Wrussy ingenieros	NIT	901109885

TALADRO No 1 OPERADOR Wilson

MES julio - 2025 TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del pasor de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
5-07-25	En buenas condiciones	
16-07-25	En buenas condiciones.	
19-07-25	En buenas condiciones	
24-07-25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

WYG INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	(Mantenimiento) Demolicion Bulevar.		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	Wyg ingenieros	NIT	

TALADRO No. 1 OPERADOR David orgole

MES Julio 2025 TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agueros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
15-07-25	En buenas condiciones.	
16-07-25	En buenas condiciones	
17-07-25	En buenas condicions.	
18-07-25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

WRUSH INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	(Mantenimiento) Demolición enchape		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSH ingenieros	NIT	901109883

TALADRO No: 1 OPERADOR: Jose Mario

MES: Julio 2023 TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	—		—		—		—	
	Estado del mandril	—		—		—		—	
	Estado de la llave del mandril	—		—		—		—	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	—		—		—		—	
	Estado del boton de seguro	—		—		—		—	
	Estado de la base de trabajo	—		—		—		—	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Jose G.		Jose G.		Jose G.		Jose G.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
15-07-23	En buenas condiciones	
16-07-23	En buenas condiciones	
17-07-23	En buenas condiciones	
18-07-23	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19	
	VERSION: 1	
	FECHA DE APROBACION: 08/01/2019	

Objeto:	(Mantenimiento) desmontacion enchape		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSY ingeniero	NIT	901109885

TALADRO No 1 OPERADOR Juan perez

MES Julio 2023 TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del soton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
16-07-23	En buenas condiciones	
18-07-23	En buenas condiciones.	
17-07-23	En buenas condiciones	
19-07-23	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

WYUSSY INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WYUSSY	NIT	901109305

TALADRO No. 1 OPERADOR Jose Saavedra

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
28-07-19	En buenas condiciones	
29-07-19	En buen condicion	
30-07-19	En buenas condiciones	
31-07-19	En buena condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FHC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSY	NIT	901100885

TALADRO No 1 OPERADOR

MES Julio TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
21-07-23	En buenas condiciones	
28-07-23	En buenas condiciones.	
01-08-23	En buenas condiciones	
02-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

LVV INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WVSSA	NIT	901109885

TALADRO No. 1 OPERADOR OMARCO PEREZ

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4.	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	OMARCO PEREZ		OMARCO PEREZ		OMARCO PEREZ		OMARCO PEREZ	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-07-19	En buenas condiciones	
24-07-19	En buenas condiciones	
25-07-19	En buenas condiciones	
26-07-19	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSY	NIT	901109805

TALADRO No. 1 OPERADOR = Jorge Sandoval

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Jorge S.		Jorge S.		Jorge S.		Jorge S.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
22-07-25	En buenas condiciones	
24-07-25	En buenas condiciones	
30-07-25	En buenas condiciones.	
01-08-25	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FNC	NIT	
Empresa Contratista	WIV SAS	NIT	901109885

TALADRO No. 3 OPERADOR NICOLAS MARTINEZ

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—		—		—	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	—		—		—		—	
	Estado del mandril	—		—		—		—	
	Estado de la llave del mandril	—		—		—		—	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	—		—		—		—	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	—		✓		—		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		—		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Nicolas		Nicolas		Nicolas		Nicolas	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
23-07-23	En buenas condiciones	
30-07-23	En buenas condiciones	
04-08-23	En buenas condiciones	
06-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

DYNAMIC INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	wrussy	NIT	901100188

TALADRO No. 1 OPERADOR: Juan carlos camargo

MES: Julio 2023 TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		—					
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	—		—					
	Estado del mandril	—		—					
	Estado de la llave del mandril	—		—					
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	—		—					
	Estado del cuerpo (Carcaza)	—		—					
	Estado del boton de seguro	—		—					
	Estado de la base de trabajo	—		—					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Juan		Juan					
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]					
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
26-07-23	En buenas condiciones	
27-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INSPEINEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WIUSSY	NIT	40110498S

TALADRO No 2 OPERADOR Juan Carlos Amaya

MES Julio TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	—		✓		—		—	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		—		—		—	
	Estado del mandril	✓		✓		—		—	
	Estado de la llave del mandril	✓		—		—		—	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		—		—		—	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		—		—		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Juan carlos		Juan carlos		Juan carlos		Juan carlos	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA I PREVENT.
27-07-23	En buenas condiciones	
28-07-23	En buen condicion	
30-07-23	En buen condiciones	
01-08-23	En buen condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSH	NIT	901109885

TALADRO No. 7 OPERADOR David Arboleda

MES 7/10 TAMAÑO G [ ] P [ ]

ITEN	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
27-07-23	En buenas condiciones.	
29-07-23	En buenas condiciones	
30-07-23	En buenas condiciones.	
01-08-23	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSY	NIT	901109885

TALADRO No. 1 OPERADOR: Fernando Guerra G.

MES: JULIO TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Jose G.		Jose G.		Jose G.		Jose G.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
27-07-23	En buenas condiciones	
28-07-23	En buenas condiciones.	
01-08-23	En buenas condiciones	
02-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	wrc554	NIT	901109883

TALADRO No. 4 OPERADOR Efrain Ramirez

MES Nov TAMAÑO G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
28-09-23	En buenas condiciones	
29-09-23	En buenas condiciones	
30-09-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSY	NIT	901004885

TALADRO No 1 OPERADOR [illegible]

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la lleve del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
23-04-25	En buenas condiciones	
29-04-25	En buenas condiciones	
30-07-25	En buenas condiciones	
01-08-25	En buenas condiciones.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	wn334	NIT	901109883

TALADRO No. 3 OPERADOR Alfonso Vargova

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	A Vargova		A Vargova		A Vargova		A Vargova	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENT
28-06-23	En buenas condiciones.	
30-06-23	En buenas condiciones	
01-07-23	En buenas condiciones	
01-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

WYG INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WYG SAS	NIT	901109885

TALADRO No 3 OPERADOR Juan Perez

MES julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
23-01-23	En buenas condiciones	
30-01-23	En buenas condiciones.	
01/02/23	En buenas condiciones	
06/02/23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	602		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WR0554	NIT	901109805

TALADRO No. 1 OPERADOR MARIO PONTALVO

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		—		—	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		—		—		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		—		—	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		—		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		—		—		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		—		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Mario Pontalvo		Mario Pontalvo		Mario Pontalvo		Mario Pontalvo	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	✓		✓		✓		✓	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
28-07-25	En buenas condiciones	
30-07-25	En buenas condiciones	
01-08-25	En buen condicion	
02-08-25	En buen condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	URUSSY	NIT	901109185

TALADRO No. 3 OPERADOR Rogelio Giraldo

MES julio TAMAÑO G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
29-04-19	En buenas condiciones	
30-07-19	En buenas condiciones	
01-08-19	En buenas condiciones	
02-08-19	En buenas condicion	

Scanned with CamScanner

LUVY INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	LUVY	NIT	901109885

TALADRO No. 1 OPERADOR: Wilson Lopez

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3. B	3. M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
27-04-23	En buenas condiciones	
28/07/23	En buenas condiciones	
30-07-23	En buenas condiciones	
01-08-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

LYXY INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WROSSY	NIT	901109885

TALADRO No. 2 OPERADOR - Jorge de la cruz

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	- Jorge de la cruz		- Jorge de la cruz		- Jorge de la cruz		- Jorge de la cruz	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
22-07-19	En buenas condiciones	
30-07-19	En buen condiciones.	
01-08-19	En buena condicion	
02-08-19	En buen condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRV534	NIT	901100988

TALADRO No. 1 OPERADOR Victor Tesano

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del botón de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Victor		Victor		Victor		Victor	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	✓		✓		✓		✓	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA I PREVENT.
29-07-22	En buenas condiciones	
30-07-22	En buen condiciones	
31-08-22	En buen condiciones	
02-08-22	En buen condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	urussy	NIT	901109883

TALADRO No. 2 OPERADOR - EIKIN Ferney Quiroga Rz

MES julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	E. Eikin		E. Eikin		E. Eikin		E. Eikin	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
20-07-25	En buenas condiciones	
30-07-25	En buenas condiciones	
01-08-25	En buen condiciones	
02-08-25	En buen condicion.	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FAC	NIT	
Empresa Contratista	WRUSSY	NIT	901100983

TALADRO No. 1 OPERADOR Jaider Sandoval

MES Julio TAMAÑO: G [ ] P [✓]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Jaider		Jaider		Jaider		Jaider	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
28-07-23	En buen condicion.	
30-07-23	En buen condicion	
01-08-23	En buen condicion	
02-08-23	En buen condicion.	

Scanned with CamScanner

NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento			
Nº CONTRATO	007			
ENTIDAD CONTRATANTE	FRC		NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	CONSSU		NIT	901109885
FECHA INICIO INSPECCIÓN	24-07-2023	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION		
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Nicolas Martinez			

MES: Julio

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Puntos de inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓											
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓											
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios	✓			✓			✓											
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓											
	las ruedas estan con el aire sufeciente para traslado	✓			✓			✓											
	los soportes de sjecion estan en buen estado	✓			✓			✓											
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓											
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓											
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Yoplur Jnd	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	NICOLS MARTINEZ NICOLAS

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSU	NIT	901109885
FECHA INICIO INSPECCIÓN	21-07-22.	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION	
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Victor		
MES	Julio		

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de Inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓					
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓					
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con onficios	✓			✓			✓			✓			✓					
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓					
	las ruedas estan con el aire sufieciente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓					
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓					
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓					
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓					
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:		FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Victor Toscano Perez

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Nit. 901.109.685-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	0072		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	CIVILSA	NIT	901100485
FECHA INICIO INSPECCION	24-07-2023	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION	
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Rogelio Guerrero		
MES	Julio		

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre										✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre										✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios										✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado										✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire sufeciente para traslado										✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado										✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga										✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga										✓			✓			✓		
	5. Otro																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Yofran Jimenez	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Rogelio Guerrero Jimenez

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Nit. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-35 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento			
N° CONTRATO	002			
ENTIDAD CONTRATANTE	EA		NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WIDSSY		NIT	901104985
FECHA INICIO INSPECCIÓN	21-07-23	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION		
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	DAVID ARGOTA			
MES	Julio			

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de Inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Exsten fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire suficiente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Jacqueline Jimeno	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	David Argota

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Nit. 901.109.685-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-35 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSH	NIT	901100183
FECHA INICIO INSPECCIÓN	21-07-23	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION	
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Yerly. Martinez		

MES: Julio

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Puntos de inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre										✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios										✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado										✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire suficiente para trasladar										✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado										✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga										✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga										✓			✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Yeferson Jimenez	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	AAC.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WIDSSY	NIT	901109883
FECHA INICIO INSPECCIÓN	21-07-23	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION	
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Juan Perez		
MES	Julio		

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastade o con orificios	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire sufieciente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Jaime Jimenez	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Juan Perez

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Nit. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	mantenimiento			
N° CONTRATO	002			
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT		
EMPRESA CONTRATISTA	WYVSA	NIT	901109885	
FECHA INICIO INSPECCIÓN	21-07-25	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION		
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Wilson Lopez			

MES: Julio

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de inspección	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las base de la carretilla bene fisuras, esta desgastada o con orificios	✓			✓			✓			✓						✓		
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire suficiente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Johnny Jimenez	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Wilson Lopez

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Nit. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	mantenimiento			
N° CONTRATO	002			
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC		NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSY		NIT	901104885
FECHA INICIO INSPECCIÓN	21-07-25	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION		
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Efrain Ramirez			
MES	Julio			

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire suficiente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Yaqueline Jaramillo	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Efrain Ramirez

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Nit. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACIÓN: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WYUSSY	NIT	901109885
FECHA INICIO INSPECCIÓN	26-07-2023	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION	
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	ELKIN QUIROGA		

MES: Julio

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de Inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre													✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre													✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios													✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado													✓			✓		
	las ruedas estan con el aire sufieciente para traslado													✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado													✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga													✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga													✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Yaqueline Jimenez	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	ELKIN PERCY QUIROGA R.

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NIT 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento			
N° CONTRATO	002			
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC		NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WROSS4		NIT	901109885
FECHA INICIO INSPECCION	26-07-2023	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION		
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCION	Jaider sandoval			

MES: Julio

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre													—			—		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre													—			—		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios													—			—		
	las ruedas estan en buen estado													—			—		
	las ruedas estan con el aire sufeciente para traslado													—			—		
	los soportes de sijecion estan en buen estado													—			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga													—			—		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga													/			/		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Jaider Sandoval	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Jaider Sandoval Jaider

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36	
		VERSION: 1	
		FECHA DE APROBACION: 25/11/2021	

OBJETO	Mantenimiento			
N° CONTRATO	002			
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	NIT		
EMPRESA CONTRATISTA	WVDSY	NIT	901109883	
FECHA INICIO INSPECCIÓN	28-07-23	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION		
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	DAVID Aryaz			
MES	julio			

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de Inspeccion	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manilas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, está desgastada o con orificios	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruecas estan con el aire sufieciente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	5. Otro																		

FIRMA SUPERVISOR SISO:	Yefferson Jaramillo	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL CARRETILLA	CODIGO: HSE-FOR-113-36 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 25/11/2021

OBJETO	Mantenimiento		
N° CONTRATO	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	WIUSS 4	NIT	901109885
FECHA INICIO INSPECCIÓN	28-04-23	FECHA CULMINACIÓN DE INSPECCION	
PERSONA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Jorge Luis Ortiz		

MES: Julio

ITEM	CONCEPTO	1			2			3			4			5			6		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Puntos de Inspección	Las manillas o mangos estan en condiciones optimas de agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Existen fisuras, pinturas o granulos en manillas para agarre	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las base de la carretilla tiene fisuras, esta desgastada o con orificios	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	las ruedas estan con el aire suficiente para traslado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	los soportes de sijecion estan en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad con carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	la carretilla mantiene su estabilidad sin carga	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	5. Otro:																		

FIRMA SUPERVISOR SISO	Yaqueline Jaramillo	FIRMA RESPONSABLE MAQUINA	Jorge Ortiz

Observaciones:

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CURSOR	**NIT**	901109805

ESCALERA N° 1 **OPERADOR** NICOLAS MARTINEZ

MES julio **TAMAÑO:** A [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓		✓			
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓		✓			
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓		✓			
	Zapatas antideslizantes	✓		✓		✓			
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓				✓			
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓		✓			
	Identificación legible en la escalera	✓		✓		✓			
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓		✓			
	Cuenta con la bandeja	✓		✓		✓			
	Brazos de unión anti-apertura	✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	NICOLAS		NICOLAS		NICOLAS			
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
24-07-19	En buen estado	
25-07-19	En buen estado	
26-07-19	En buen estado	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSY	**NIT**	901109885

ESCALERA N° 2 **OPERADOR** Victor Toscano

MES julio 2025 **TAMAÑO:** Q [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓					
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓					
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓					
	Zapatas antideslizantes	✓		✓					
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓					
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)			✓					
	Identificación legible en la escalera	✓		✓					
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓					
	Cuenta con la bandeja	✓		✓					
	Brazos de unión anti-apertura.	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
25-07-25	en buen estado	
26-07-25	en buen estado	

Scanned with CamScanner

DYD INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA	CÓDIGO HSE-FOR-22
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	cruss4	NIT	901109720

ESCALERA N° 1 OPERADOR Alfonso Vergara

MES julio TAMAÑO: L [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓					
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓					
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓					
	Zapatas antideslizantes	✓		✓					
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓					
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓					
	Identificación legible en la escalera	✓		✓					
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓					
	Cuenta con la bandeja	✓		✓					
	Brazos de unión anti-apertura.	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA/ PREVENT.
24-07-23	En buen condicion	
25-07-23	En buenas condicion	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAA	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	arcosy	**NIT**	901109883

ESCALERA N° 3 **OPERADOR** Juan Perez

MES Julio **TAMAÑO:** G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓		✓		✓	
	Zapatas antideslizantes	✓		✓		✓		✓	
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓		✓		✓	
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓		✓		✓	
	Identificación legible en la escalera	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con la bandeja	✓		✓		✓		✓	
	Brazos de unión anti-apertura	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S	INSPECCION PREOPERACIONAL TALADRO	CODIGO: HSE-FOR-19
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Mantenimiento		
N° Contrato:	002		
Entidad Contratante:	FA	NIT	
Empresa Contratista	Wrussq	NIT	901109885

TALADRO No 1 OPERADOR Wilson Lopez

MES julio TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado de los agujeros para las llaves del mandril	✓		✓		✓		✓	
	Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓	
	Estado del boton de seguro	✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	✓		✓		✓		✓	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	✓		✓		✓		✓	
	FIRMA ASESOR HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INDEMENOS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WROSS4	**NIT**	901100908S

ESCALERA N° 1 **OPERADOR** Efraín Ramírez

MES Julio 2023 **TAMAÑO.** G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓		✓		✓	
	Zapatas antideslizantes	✓		✓		✓		✓	
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓		✓		✓	
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓		✓		✓	
	Identificación legible en la escalera	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con la bandeja	✓		✓		✓		✓	
	Brazos de unión anti-apertura	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Ayudante E.R.		E.R.		E.R.		E.R.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

VxV Ingenieros S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	VIVISSY	**NIT**	901104885

ESCALERA N° 1 **OPERADOR** Elkin Ferney Quiroga Ramirez

MES Julio **TAMAÑO:** G ☐ P ☐

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓							
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓							
	Unión de peldaños y largueros	✓							
	Zapatas antideslizantes	✓							
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓							
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓							
	Identificación legible en la escalera	✓							
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓							
	Cuenta con la bandeja	✓							
	Brazos de unión anti-apertura	✓							
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Elkin Quiroga							
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[illegible]							
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA I PREVENT.
26/7/19	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	EAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	Urussa	**NIT**	901106985

ESCALERA N° 2 **OPERADOR** Fabian Guerrero G

MES Julio 2023 **TAMAÑO:** G [ ] P [ ]

ITEM	CONCEPTO	1 B	1 M	2 B	2 M	3 B	3 M	4 B	4 M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓		✓		✓	
	Zapatas antideslizantes	✓		✓		✓		✓	
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓		✓		✓	
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓		✓		✓	
	Identificación legible en la escalera	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con la bandeja	✓		✓		✓		✓	
	Brazos de unión anti-apertura	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
21-07-23	En buenas condiciones	
22-07-23	En buenas condiciones	
23-07-23	En buenas condiciones	
24-07-23	En buenas condiciones	
25-07-23		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FAC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	CRUSSA	**NIT**	901109733 5

ESCALERA N° 2 **OPERADOR** DAVID ARCE

MES julio **TAMAÑO:** G ☐ P ☐

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓		✓		✓		✓	
	Unión de peldaños y largueros	✓		✓		✓		✓	
	Zapatas antideslizantes	✓		✓		✓		✓	
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓		✓		✓		✓	
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓		✓		✓		✓	
	Identificación legible en la escalera	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	✓		✓		✓		✓	
	Cuenta con la bandeja	✓		✓		✓		✓	
	Brazos de unión anti-apertura.	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)								
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
22-07-22	En buenas condiciones	
25-07-22	En buenas cond.	
01-08-22	En buenas condiciones	
02-08-22	En buenas condiciones	

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S.	**INSPECCION PREOPERACIONAL ESCALERA TIPO TIJERA**	**CÓDIGO HSE-FOR-22** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Mantenimiento		
N° CONTRATO:	002		
ENTIDAD CONTRATANTE	FNC	**NIT**	
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSY	**NIT**	901109883

ESCALERA N° 1 **OPERADOR** Jose de Leon

MES 7/10 **TAMAÑO:** G ☐ P ☐

ITEM	CONCEPTO	1		2		3		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	Largueros (en buen estado)	—		—		—			
	Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	—		—		—			
	Unión de peldaños y largueros	—		—		—			
	Zapatas antideslizantes	—		—		—			
	Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	—		—		—			
	Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	—		—		—			
	Identificación legible en la escalera	—		—		—			
	Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	—		—		—			
	Cuenta con la bandeja	—		—		—			
	Brazos de unión anti-apertura.	—		—		—			
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Jose de Leon		Jose de Leon		Jose de Leon		Jose de Leon	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST								
	FIRMA ASESORA HSEQ								

Observaciones:

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.
28-07-22	En buenas condiciones	
30-07-22	En buen condicion	
01-08-22	En buen condicion	
02-08-22	En buen condicion	

Scanned with CamScanner

ANEXO 12. ACCIDENTALIDAD

RUSSY	ACCIDENTALIDAD	[illegible]
		[illegible]
		[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

ANEXO 13. COE

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA REUNIÓN: 29/07/2025 **HORA:** 9:00 AM **LUGAR:** CACOM N°3 MALAMBO-ATLÁNTICO **ACTA NO.** 01

REUNIÓN CONVOCADA POR	Yaqueline Jiménez Mola
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN N° 1- GESTIÓN HSE
CONTRATO N°	**002-00-F-CACOM-3-GRULA 2025**
OBJETO DE LA REUNION	"MANTENIMIENTO RECUPERATIVO INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS NO AERONÁUTICOS ALOJAMIENTOS MILITARES CASADOS DEL CACOM3, MANTENIMIENTO CONTENEDORES RADAR Y MANTENIMIENTO BIENES INMUEBLES CACOM-3 Y RADAR"
ORGANIZADOR	Yaqueline Jiménez Mola
APUNTADOR	Yaqueline Jiménez Mola
	Yaqueline Jiménez Mola

ASISTENTES

TEMAS DE DISCUSIÓN
1. Conformación COE- Brigada de emergencias

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

1. Nombramiento del comité operativo de emergencias y la brigada de emergencias:

   Se realiza el nombramiento del vigía y el suplente de seguridad y salud en el trabajo utilizando el formato anexo 1.

2. Responsabilidades del comité de emergencias:

   Se realiza la entrega de las responsabilidades del comité de emergencias utilizando el formato anexo 2.

3. Conformación brigada de emergencias:

   Se realiza la conformación de la brigada de emergencias utilizando el formato anexo3.

4. Responsabilidades del comité de emergencias:

Scanned with CamScanner

Se realiza la entrega de las responsabilidades de la brigada de emergencias utilizando el formato anexo 4.

5. Compromiso de confidencialidad:

   Se realiza la entrega y firma del compromiso de confidencialidad de los brigadistas utilizando el formato anexo 5.

6. Rendición de cuentas:

Se explica el procedimiento de rendición de cuentas, así mismo se socializa el formato anexo 6 de rendición de cuentas.

FIRMA ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA

Scanned with CamScanner

ANEXO 1
CONFORMACION COMITÉ DE EMERGENCIAS

El día: 29 de julio de 2023

En la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, en la ciudad de Malambo, Atlántico en cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2400 de 1979 ART. 223 que, Reglamenta la constitución de brigadas de extinción de incendios, la LEY 9 DE 1979 ART. 127 ordena proveer facilidades y recursos necesarios para la prestación de primeros auxilios a sus trabajadores, se reunieron los trabajadores para conformar el comité operativo de emergencias.

Se designó como representantes al comité operativo de emergencias.

NOMBRE	BRIGADA	CARGO	FIRMA
Yoyeline Jimenez	PRIMEROS AUXILIOS	SST	Yoyeline Jimenez
Eric C Nuñez	EVACUACION Y RESCATE	Montero	
Edgar Mancera	CONTROL DE INCENDIOS	Arq Residente	

Integrantes del comité operativo de emergencias

NOMBRE Y APELLIDO	C.C.	FIRMA
Yoyeline Jimenez	1042460100	Yoyeline Jimenez
Edgar Mancera	1044447+6	
Luis Martinez	11438423	

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO VERSIÓN 1 FECHA DE APROBA 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Mancera [X]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yaqueline Jimenez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz [ ]

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez

X

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yoqueline Jimenez

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.585-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yaqueline Jimenez

X

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Monceru [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yoqueline Jimenez [X]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz [ ]

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera — X

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez —

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yuqueline Jimenez —

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote —

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz —

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.685-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yoyeline Jimenez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote [X]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz [ ]

Scanned with CamScanner

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera



Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez



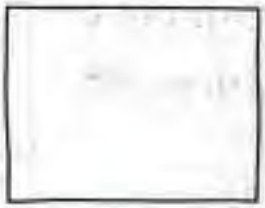
Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yaqueline Jimenez



Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote



Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz



RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Monceid [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Juis Martinez [X]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yoyceline Jimenez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz [ ]

Scanned with CamScanner

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yoqueline Jimenez [X]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz [ ]

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	CONFORMACIÓN COE – BRIGADA DE EMERGENCIA	CÓDIGO DE-PRO-04
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

ANEXO 2
VOTOS

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Edgar Moncera [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Luis Martinez [X]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Yaqueline Jimenez [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

David Argote [ ]

Comité Brigada de Emergencia
Marque con una X

Jorge de la cruz [ ]

Scanned with CamScanner

ANEXO 3
CIERRE DE INSCRIPCIONES

EMPRESA **WRUSSY INGENIEROS SAS**

PERIODO **2025**

Siendo las 2:00 PM, se dio por finalizado el proceso de votación para elección de los candidatos para la conformación de la brigada de emergencia, para el periodo que va de 2025-2025.

En calidad de jurado de votación se encargó al señor: Wilver Franciny Russy Ladino.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CONTEO DE VOTOS:

PERSONA	NÚMERO DE VOTOS
Edgar Moncera	2
Yaqueline Jiment	3
Luis Martinet	3
David Argote	1
Jorge de la cruz	1
OTOS EN BLANCO:	0
VOTOS ANULADOS:	0
TOTAL, VOTOS:	10

Se designó como representantes al comité operativo de emergencias.

NOMBRE	BRIGADA	CARGO	FIRMA
Yaqueline Jiment	PRIMEROS AUXILIOS	SST	Yaqueline Jiment
Luis Martinez	EVACUACION Y RESCATE	Miembro	
Edgar Narcon	CONTROL DE INCENDIOS	Brigadista	

Scanned with CamScanner

ANEXO 4
RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ DE EMERGENCIAS

1. Coordinar la respuesta inmediata de la empresa:

   - Declarar el nivel de alerta necesario.
   - Hacer un diagnóstico rápido de la situación
   - Activar el plan de contingencias.

2. Evaluar los daños, Priorizar, necesidades, hacer un plan de acción:

   - Recopilar la información de la emergencia.
   - Evaluar los daños y precisar el análisis de las necesidades y garantizar su actualización.

3. Cumplir con las responsabilidades y funciones establecidas en el procedimiento de conformación del comité operativo de emergencias.

NOMBRE	BRIGADA	CARGO	FIRMA
Yaqueline jimenez	PRIMEROS AUXILIOS	SST	Yaqueline jimenez
Luis C Muñoz	EVACUACION Y RESCATE	Plomero	
Edgar Magon	CONTROL DE INCENDIOS	Arq Resid	

Jefe de la brigada
Yaqueline jimenez

Scanned with CamScanner

ANEXO 5

CONFORMACION BRIGADAS DE EMERGENCIAS

El día 29 de julio de 2023

En la empresa **WRUSSY INGENIEROS SAS**, en la ciudad la ciudad de Malambo, Atlántico. En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2400 de 1979 ART. 223 que, Reglamenta la constitución de brigadas de extinción de incendios, la LEY 9 DE 1979 ART. 127 ordena proveer facilidades y recursos necesarios para la prestación de primeros auxilios a sus trabajadores, se reunieron los trabajadores para conformar las brigada de emergencias (la cual con cuenta con el personal de primeros auxilios, personal de evacuación y rescate y personal contra incendios).

Integrantes De La Brigada

NOMBRE	BRIGADA	CARGO	FIRMA
Yoqueline Jimenez	PRIMEROS AUXILIOS	SST	Yoqueline Jimenez
Luis C Muñoz	EVACUACION Y RESCATE	Portero	
Edgar Marcon	CONTROL DE INCENDIOS	Alg Basic	

DATOS DE LA EMPRESA:

Teléfono: 4111513

Dirección: CLL 8F #79-94

Correo: ingwilver@hotmail.com

Scanned with CamScanner

ANEXO 6
RESPONSABILIDADES DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS

1. ACTIVIDADES ANTES

- ✓ Participe en prácticas y simulacros, conozca al jefe de la brigada y brigadistas.
- ✓ Reportar condiciones o acciones inseguras que puedan generar emergencias.
- ✓ Maneje correctamente equipos e instalaciones eléctricas, fuentes de calor y líquidos inflamables, preserve el orden y aseo del área especialmente al retirarse.
- ✓ Mantenga identificada y a mano información o elementos a guardar o llevar en emergencias (documentos de la empresa, valores, historias etc.)
- ✓ Señalizar vías de evacuación en toda la institución y establecer el punto de encuentro.
- ✓ Dotar, instalar e inspeccionar extintores, botiquines, camillas en las instituciones.

2. DURANTE LA EMERGENCIA

- ✓ No actué sin avisar al brigadista,
- ✓ Coordinador o al jefe inmediato,
- ✓ Apoye en el reporte a coordinador y en la respuesta local, no obstaculice las acciones.

EN LA PREPARACIÓN PARA SALIR:

- ✓ Asegure líquidos inflamables, fuentes de calor o aparatos eléctricos, tome llaves del carro y documentos de identificación.
- ✓ Recuerde la ruta de salida y el punto de encuentro, esté atento a modificaciones.
- ✓ Si opera un equipo relacionado con soda, cloro, gas, cierre los sistemas registrados, etc.

¡EN LA SALIDA!

- ✓ Si está listo y no hay instrucciones diferentes salga y lleve personas que estén a su paso. lleve información importante a su cargo.
- ✓ Si tienes tacones apóyese en un compañero, siga indicaciones de los coordinadores, camine en fila por la derecha, no regrese.
- ✓ Si sale con otro grupo, comuníquese con el jefe inmediato.
- ✓ En el sitio de reunión avise anormalías observadas.
- ✓ Si hay humo gatee, si sabe utilizar un extintor y es necesario úselo en forma adecuada. si falla salga y cierre sin seguro.
- ✓ Antes de abrir puertas pálpelas; si están demasiado calientes no abra.

¡SI NO PUEDE SALIR!

- ✓ Humedezca toallas o sacos para tapar rendijas, atárselos a boca y nariz o sacudirlos esparciendo el homo

Scanned with CamScanner

- ✓ Busque en el piso más bajo posible un cuarto ojalá sin divisiones de vidrio y con ventanas exteriores; pida auxilio por teléfono, señales o transeúntes o edificaciones vecinas.

EN CASO DE SISMOS

- ✓ No salga durante el sismo, refúgiese bajo mesas, marcos de puertas, cerca de columnas lejos de ventanas, apilamientos de mercancías, estantes, equipos de aire, cuadros.
- ✓ Si falla la electricidad no la conecte hasta que mantenimiento revise.
- ✓ Impida el consumo de agua del acueducto u el uso de sanitarios o sifones hasta verificar contaminación o fugas.

ANTE UNA EXPLOSIÓN

- ✓ No salga corriendo, pueden caer elementos desprendidos por la onda explosiva, aléjese de las ventanas, protéjase como en los sismos, no genere pánico.
- ✓ Si hay heridos ayúdelos y retírelos, avise y siga instrucciones.

AMENAZAS, PAQUETES O PERSONAS EXTRAÑAS

- ✓ Avise a seguridad de la institución, no genere pánico.
- ✓ No toque no arroje nada sobre materiales sospechosos, aléjese, bloquee la entrada.
- ✓ No active radios, celulares, etc., la señal electrónica puede activar un detonador.
- ✓ Al salir no deje visibles objetos que se confundan con "paquetes sospechosos "
- ✓ Si sospecha de una explosión tiéndase boca abajo con las manos en la nuca y la boca lo más abierta posible.
- ✓ cierre cortinas y puertas si dan a la calle, suspenda Actividades y analice para salir, porte su identificación personal y de empleado.
- ✓ Ante disparos tiéndase y cúbrase la cabeza, mantenga la calma.
- ✓ Ante personas extrañas, alteradas, armadas evite actitudes desafiantes, siga indicaciones, no exponga su integridad o la de otros.

3. DESPUES DE LA EMERGENCIA

- ✓ Realizar análisis y evaluación de los daños
- ✓ Elaborar inventario de pérdidas.
- ✓ Realizar los ajustes necesarios al plan de emergencia.

RESPONSABILIDADES

1. Levantamiento de panorama de riesgo de la obra respectivo y sedes.
2. Investigar las causas que puedan generar una emergencia.
3. Identificar áreas vulnerables.
4. Proponer actividades de capacitaciones en primeros auxilios y extinción de fuego.
5. Elaborar y publicar el plan de emergencias,
6. levantar actas de reunión y capacitación de las brigadas

Scanned with CamScanner

FUNCIONES DEL JEFE DE LA BRIGADA

- ✓ Dirigir y orientar las reuniones de la brigada.
- ✓ Preparar los temas que van a tratarse en cada capacitación.
- ✓ Convocar a la reunión a todos los brigadistas.
- ✓ Coordinar todo lo necesario para el funcionamiento de la brigada.

FUNCIONES DE LA PERSONAL DE CONTROL DE INCENDIOS.

- ✓ Proceder en manera segura, correcta, técnica y ordenada a realizar la sofocación o extinción de un incendio o conato de incendio.
- ✓ Asegurarse de haber sofocado todo el fuego, y una vez controlado se deberá realizar las labores de remoción de escombros y limpieza de todas las áreas afectadas.
- ✓ Apoyar de ser necesario a la brigada de evacuación y rescate en la evacuación de personas afectadas, así mismo deben apoyar en el salvamento de bienes, equipos y maquinarias de la empresa, ubicándolos en lugares seguros

FUNCIONES DE LA PERSONAL DE EVACUACION Y RESCATE.

- ✓ Debe encargarse de señalizar y mantener siempre despejadas las vías de evacuación en caso de emergencia.
- ✓ Dirigir en manera ordenada y adecuada la evacuación en caso de emergencia
- ✓ Mantener siempre un control real y efectivo sobre el personal para evitar tumultos innecesarios y situaciones de pánico colectivo.
- ✓ Ejecutar de manera segura y técnica el rescate de las personas que requieran ser evacuadas, quienes se encuentren heridas o atrapadas.
- ✓ Siempre deben verificar después de cada evacuación que el personal este completo y que dentro de las instalaciones de la organización no quede ninguna persona, para lo cual deberá diseñar sistemas de conteo rápido.

FUNCIONES DE LA PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS.

- ✓ Debe encargarse de señalizar y mantener siempre despejadas las vías de evacuación en caso de emergencia.
- ✓ Dirigir en manera ordenada y adecuada la evacuación en caso de emergencia
- ✓ Mantener siempre un control real y efectivo sobre el personal para evitar tumultos innecesarios y situaciones de pánico colectivo.
- ✓ Ejecutar de manera segura y técnica el rescate de las personas que requieran ser evacuadas, quienes se encuentren heridas o atrapadas.
- ✓ Siempre deben verificar después de cada evacuación que el personal este completo y que dentro de las instalaciones de la organización no quede ninguna persona, para lo cual deberá diseñar sistemas de conteo rápido.

Scanned with CamScanner

ANEXO 7
Compromiso de Confidencialidad

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Yaqueline Jimenet con C.C 1143460188 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: Yaqueline Jimenet

Malambo Atlántico

Testigo
Nombre: Luis Martinez
Cargo: Plomero
C.C: 1143242 3

Scanned with CamScanner

ANEXO 7
Compromiso de Confidencialidad

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Leo C Ibáñez con C.C 1042460188 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: _____

Malambo, Atlántico

Jacqueline Jimenez
Testigo
Nombre: Jacqueline Jimenez
Cargo: TSST
C.C: 1042460188

Scanned with CamScanner

ANEXO 7
Compromiso de Confidencialidad

WRUSSY INGENIEROS SAS

Expreso voluntariamente bajo el juramento, que como integrante del comité de convivencia comprendo la magnitud y responsabilidad de los casos tratados en las reuniones; por lo anterior, y acatando lo dispuesto en el artículo 3 de la resolución 652 del 2012, mantendré las competencias actitudinales que como miembro debo tener entre las que se destacan especialmente: El respeto, imparcialidad, tolerancia, asertividad y confidencialidad, con el manejo de la información que allí se trate.

Manifestando el compromiso con lo anteriormente mencionado: Yo Edgar Mancera con C.C 1.044.936 he comprendido y apruebo las condiciones del presente documento.

Firma: 1.044.936.961

Malambo, Atlántico

Yoqueline Jimenez
Testigo
Nombre: Yoqueline Jimenez
Cargo: SST
C.C: 1042460188

Scanned with CamScanner

ANEXO 8
RENDICIÓN DE CUENTAS

La rendición de cuentas es interna y de obligatorio cumplimiento en relación con su desempeño.

Esta rendición de cuentas se podrá hacer a través de medios escritos, electrónicos, verbales o los que sean considerados por los responsables. La rendición se hará como mínimo anualmente y deberá quedar documentada

NOMBRE Y APELLIDO	C.C.	FIRMA
Edgar Marcera	19'444.776	
Yoqueline Jimenez	1042460188	Yoqueline Jimenez
Luis C Martinez	1144155633	

Scanned with CamScanner

ANEXO 14. ASISTENCIA DE PERSONAL

VXI INGENIEROS S.A.S.	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-49 VERSION 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Fecha: 14-07-25	Hora Apertura:	Encargado Apertura:

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Yoqueline Jimenez	1042460188	7:00 AM	Yoqueline Jimenez	5:00 PM	Yoqueline Jimenez	
Edgar Mancera R.	19444776	7:00 AM	EDGAR	5:00 PM	EDGAR	

Scanned with CamScanner

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL						
Fecha: 13-07-2023		Hora Apertura: 7:00 AM				Encargado Apertura: Yoseline Jimenez	
Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones	
David test	7-0-5-0-4-4-2	7 AM		5:00PM			
Wilson lopez	1-0-1-7-2-1-8-V-R-S	7 AM		5:00PM			
Lorena G	1-1-3-4-1-0-2-5-6-	7 AM		5:00PM			
Juan perez	8-5-7-2-7-1	7 AM		5:00PM			
Erick Ro	1-0-6-2-6-8-2	7		5:00PM			
Yoseline jimenez	1-0-4-2-4-6-0-1-7-8-	7:00AM		5:00PM			
Edgar Marcos	1-9-4-0-4-7-6	7:00AM		5:00PM			

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-69 VERSION 1 FECHA DE APROBACION: 08/01/2018

Fecha: 16-07-23 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yoqueline Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
David Arboleda	72155447	7 AM		5:00 PM		
Wilson Lopez	1047219465	7 AM		5:00 PM		
Juan Perez	8572027	7 AM		5:00 PM		
Efrain Ramirez	1064368	7 AM		5:00 PM		
Jasmin G.	1042853	7:00	Jasmin G.	5:00 PM		
Yoqueline Jimenez	1042160198	7:00 AM	Yoqueline Jimenez	5:00 PM	Yoqueline Jimenez	
Edgar Marcano R	3123589207	7:00	[illegible]	5:0 PM	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-01 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACION 05/01/2021

Fecha: 17-07-23 Hora Apertura: 7:00 AM Encargado Apertura:

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Yoqueline Jimenez	10[illegible]85	7:00 AM	Yoqueline Jimenez	7:00 PM	[illegible]	
David Arbol	77[illegible]2	7 AM	[illegible]	7:00 PM	[illegible]	
Juan Perez	85[illegible]4	7 AM	[illegible]	7:00 PM	[illegible]	
Leonardo [illegible]	11[illegible]56	7 AM	[illegible]	7:00 PM	[illegible]	
[illegible]	18[illegible]07	7	[illegible]	7:00 PM	[illegible]	
Wilson Lopez	10[illegible]65	7 AM	[illegible]	7:00 PM	[illegible]	
Edgar Maldonado	19'494.776	7:00	[illegible]	7:00 PM	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-80 VERSION: 1 FECHA DE APROBACION: 28/01/2019

Fecha: 18-07-2023 | Hora Apertura: 7:00 AM. | Encargado Apertura: Yagedine Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Yagedine Jimenez	10124601087	7:00 AM	Yagedine Jimenez	5:00 PM	Yagedine J	
David Arcia	9715[illegible]	7 AM	[illegible]	5:00 PM	[illegible]	
Juan Perez	8572727	7 AM	[illegible]	5:00 PM	[illegible]	
Efrain Ramirez	13.663.608	7	E R	5:00 PM	E R	
Leonardo Bustos	1034[illegible]	7:00	Leonardo B	5:00 PM	Leo B	
Wilson Lopez	10972[illegible]	7AM	(illegible)	5:00 PM	(illegible)	
Edgar Macera	8-499-[illegible]	7AM	[illegible]	5:00 PM	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: [illegible]
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/11/2017

Fecha: 7:00 AM 19-07-23 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Yoseline Jimenez	1042246108	7:00AM	[illegible]	12:00pm	[illegible]	
David Angote	27[illegible]7	7 am	[illegible]	2:00pm	[illegible]	
Wilson Lopez	1047218963	7AM	[illegible]	12:00pm	[illegible]	
Juan Perez	85[illegible]227	7-AM	[illegible]	12:00pm	[illegible]	
[illegible]	136[illegible]682	7	[illegible]	12:00pm	[illegible]	
Lourdes G.	1[illegible]3548	7	[illegible]	12:00pm	[illegible]	
Edgar Garcia	19[illegible]726	7:00	[illegible]	12:00pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	
Fecha: 21-07-2025	Hora Apertura: 7:00 AM	Encargado Apertura: Yoefelin Jiménez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
David Rojas	7[illegible]	7 AM	[illegible]	5:00 PM	[illegible]	
Juan Perez	65[illegible]	7 AM	[illegible]	5PM	[illegible]	
Lorenzo [illegible]	11[illegible]	7 AM	[illegible]	5PM	[illegible]	
Wilson Lopez	1004218[illegible]	7 AM	[illegible]	5:00PM	[illegible]	
Efraín Ramírez	8[illegible]	7 AM	[illegible]	5:00PM	[illegible]	
Eagli Marcano	3[illegible]	7:00AM	[illegible]	4:00PM	[illegible]	
Yoifelin Jiménez	30[illegible]	7:00AM	Yoifelin Jiménez	5:00PM	Yoifelin Jiménez	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL							
Fecha: 22-07-23		Hora Apertura 7:00 AM				Encargado Apertura: Yoseline Jimenez		
Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones		
David Argote	7-[illegible]	7:04	[illegible]	5:00pm	[illegible]			
Juan Perez	8572224	7 AM	[illegible]	5:00pm	[illegible]			
Wilson Lopez	1-0472-0965	7:57	(u)	5:00pm	(u)			
Efrain Ramirez	1-1364-0682	7	[illegible]	5:00pm	[illegible]			
Leonel G	1-1218-0345	7:00	[illegible]	5:00pm	[illegible]			
Edgar Narcia	1-1199-776	3:00	[illegible]	5:00pm	[illegible]			
Yoseline Jimenez	1-1276-0180	7:00AM	Yoseline Jimenez	5:00pm	Yoseline Jimenez			

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: [illegible]
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/11/2018

Fecha: 23-07-23 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yaqueline Jiménez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Yaqueline Jiménez	104246802	7:00 AM	Yaqueline Jiménez	3 pm	Yaqueline Jiménez	
Edgar Marenco	1-949-776	7:00 AM	Edgar Marenco	5:1 pm	Edgar Marenco	
Luis Eduardo Corral	155[illegible]	7:00 AM	Luis Eduardo Corral	5 pm	Luis Eduardo Corral	
[illegible]	B57[illegible]	7	[illegible]	5:0 pm	[illegible]	
David Argote	7[illegible]	7	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Lasmiria G.	1[illegible]	7	Lasmiria G.	5 pm	Las G.	
Wilson Lopez	1[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Efraín Re	1364[illegible]	7	[illegible]	5 pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-20
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 2021-2019

Fecha: 31-03-2023 Hora Apertura 7:00 AM Encargado Apertura: Leydine Jiménez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Juan Gonzalez	112-[illegible]-[illegible]	8:15	Juan Gonzalez	5 PM	Juan Gonzalez	
Victor Tosano	723-[illegible]-[illegible]	8:16	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Erick [illegible]	136-[illegible]-[illegible]	7	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Lisbeth G.	114-[illegible]-[illegible]	7:00	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Mirna Fontalvo	855-[illegible]-[illegible]	7:00	Mirna Fontalvo	5:PM	Mirna Fontalvo	
David Arrieta	77-[illegible]-[illegible]	7:04	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Rogelio [illegible]	10-[illegible]-[illegible]	7 AM	[illegible]	5:PM	[illegible]	
[illegible]	04-[illegible]-[illegible]	7 AM	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Jorge [illegible]	8-[illegible]-[illegible]	7 AM	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Nicolas	72-[illegible]-[illegible]	7 AM	Nicolas	5:PM	Nicolas	
Juan [illegible]	85-[illegible]-[illegible]	7 AM	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Hernando Verjago	78-[illegible]-[illegible]	7 AM	[illegible]	5:PM		
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Edgar [illegible]	[illegible]	7:00	[illegible]	5:PM	[illegible]	
Luis Laurent Canal	[illegible]	7:00	Luis Laurent	5:PM	Luis Laurent	

MSE CROSS S.A.S.	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-## / VERSION: 1 / FECHA DE APROBACIÓN: 03/01/2025

Fecha: 25-01-2025 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yoyelme Jimeno

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
DAVID ARAGON	7715947	7 AM		3PM		
Edwin Ramirez	13.643.668	7		3PM		
Ramiro G.	1.143.835.803	7		3PM		
Juan Perez	8532222	7		3PM		
JOHN RAMIREZ	1101.749.047	7 AM		3PM		
ELKIN QUIROGA	1098774787	7AM		3PM		
ALFONSO URGOTE	78323568	7AM		3PM		
MARIO FONTALVO	8572629	7AM	MARIO FONTALVO	3PM	MARIO FONTALVO	
WILSON SOSA	1047118468	7AM	(W)	3PM	(W)	
Reynaldo Barrios	10.958.604	7:00am		3PM		
Luis Caicedo	1.081.913.057	7:00am		3 PM		
Edgar Marcos	1.044.336	7:00am		3PM		

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-01 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 03/01/2023

Fecha: 23-07-2025 Hora Apertura: 7:00 am Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Nicolas	72044046	7	Nicolas	5 pm	Nicolas	
Jorge Leal	8488147	7am	Jorge Leal	5 pm	Jorge Leal	
Jorge Sandoval	1234888970	7 am	Jorge Sandoval	5 pm	Jorge Sandoval	
Jaider Sandoval	1007119769	7. am	Jaider Sandoval	5 pm	Jaider Sandoval	
Jorge Sandoval	8506886	7 am	Jorge.	5 pm	Jorge	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO HSE-FOR-69 VERSION 1 FECHA DE APROBACIÓN 09/2021

Fecha: 26-04-23 Hora Apertura 7:00 AM Encargado Apertura: Yeseline Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
[illegible]		7 AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
Luis C. [illegible]	1007[illegible]	7AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
JOHN RAMIREZ	1017[illegible]	7 AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
JUAN PEREZ	857[illegible]	7AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
Wilson Poped	1049[illegible]	7AM	(1)	12pm	(2)	
EFrain Ramirez	13[illegible]	7	[illegible]	12pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
EDWIN [illegible]	1079[illegible]	7AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
Esmeralda G.	1[illegible]	7 AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	12 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	12 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7AM	[illegible]	12 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	12 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	12 pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE FOR 49 VERSION 1 FECHA DE APROBACION 03/07/2023

Fecha: 26-07-2023 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yoseline Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
NICOLAS MARTINEZ	ALVARÑ	7.00	NICOLAS	12pm	NICOLAS	
[illegible]	[illegible]	7-00	[illegible]	12pm	[illegible]	
Juan Carlos Camargo	1122953442	7:00	Juan Carlos	12pm	Juan Carlos	
Jorge Luis [illegible]	8[illegible]141	7-00	Jorge Luis	12pm	Jorge Luis	
Edgar Mackon	19499770	7:00	[illegible]	12pm	[illegible]	
Jaider Sandoval	1007119769	7:00	Jaider	12pm	[illegible]	
[illegible]	11			12pm		
Yoseline Jimenez	1121880178	7:00 AM	Yoseline Jimenez	12pm	Yoseline Jimenez	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-RG-XX VERSIÓN: 1 FECHA DE APROBACIÓN (DD/MM/AA):

Fecha: 29-07-2023 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yesenia Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
David Angola	7314[illegible]47	7 AM		5 PM		
E R	13643827	7		5PM		
Juan Perez	8572227	7		5PM		
Jose Gonzalez	1194103643	7		5PM		
Rodolfo Espinosa	1075[illegible]	7 AM		5PM		
Wilson Lopez	1047218965	7AM		5PM		
Alfonso Vargas	98323568	7 AM		5PM		
Luis E [illegible]	1103[illegible]	7 AM		5PM		
Mario Portilla	85726[illegible]	7 AM		5PM		
Jorge Luis	1.9[illegible]	7 AM		5PM		
Nicolas Martinez	72[illegible]	7 AM	Nicolas	5PM	Nicolas	
Gian Quiroga	1098[illegible]	7 AM		5 PM		
Jorge Sandoval	1234[illegible]	7 AM		5 PM		
[illegible]	1007[illegible]	7 AM		5 PM		
Luis Santos Perez	108[illegible]	7:00				

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-46 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 09/01/2019

Fecha: 28-07-23 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yoselin Jim

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Marcos Rojas	1042[illegible]	7:00		5 pm		
Yoselin Jim	7[illegible]890	7:00		5 pm		
Juan Carlos	1-1295-[illegible]	7:00		5 pm		
Marco Beteta	114326[illegible]	7:00		5 pm		
Yoselin Jimenez	1042160[illegible]	7:00		5 pm		
Ángel Rodriguez	1944726	7:00		5 pm		

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: [illegible]
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE APROBACIÓN: [illegible]

Fecha: 29-07-2025 Hora Apertura: 7:00 AM Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
[illegible]	[illegible]	7:00 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7:00 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Edgar [illegible]	[illegible]	7:00	[illegible]	5 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7:00 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
David [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Alfonso [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Wilson [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Eder [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Jose Mario [illegible]	[illegible]	7	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Erika [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Juan [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	
Nicolas [illegible]	[illegible]	7 AM	[illegible]	5 pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-48 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Fecha: 29-07-25 Hora Apertura 7:00 AM Encargado Apertura: Fecha y firma

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
SANDRO RIVERA	78562658	7:00 AM		5:00 PM		
Jorge de la cruz	8991174	7:00 am		5 PM		

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CÓDIGO: HSE-FOR-81 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 09/11/2021*

Fecha: 30-Oct-23 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura:

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
[illegible]	[illegible]	7:00	[signature]	5 PM	[signature]	
Wilson Lopez	1049219465	7 AM	[signature]	5 PM	[signature]	
Sandra Patricia	33562691	7 AM	[signature]	5 PM	Alfonso	
Alfonso Vargas	79823468	7 AM	Alfonso	5 PM	[signature]	
Ingrid Guevara	1026280078	7 AM	[signature]	5 PM	[signature]	
Efraim Zambrano	1064736052	7	[signature]	5 PM	[signature]	
Daniel Angel	72[illegible]2	7 AM	[signature]	5 PM	[signature]	
Juan Perez	85722727	7 AM	[signature]	5 PM	[signature]	
Antonio G.	1[illegible]5	7:00	[signature]	5 PM	[signature]	
Mariofontalvo	85726211	7 AM	Mariofontalvo	5 PM	Mariofontalvo	
Manuel Davila	12400746	7 AM	[signature]	5 PM	Manuel Davila	
Sandra Patricia	33.[illegible]	7:00	[signature]	5 PM	[signature]	
Elvin Arroyo	1078069109	7 AM	[signature]	5 PM	[signature]	
Jorge Lobo	9.981.177	7:00	Jorge Lobo	5 PM	Jorge Lobo	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-89 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

Fecha: 30-07-23 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura:

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
NICOLAS MARTINEZ	72049045	7 AM	NICOLAS	SJM	NICOLAS	
	72340890	7:00		SJM		
		7:00		SJM		
		7:00		SJM		
		7:00		SJM		

INGENIEROS S.A.S.	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-89 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Fecha: 31-07-2023 Hora Apertura 7:00 AM Encargado Apertura: Yo Yeder Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Efraín Ro	13643682	7	ER		ER	
Juan Perez	857227	7				
David Algot	72155442	7				
Edwards G.	1134835	7				
Erin Quiroga	Alcalde	7AM				
Alfonso Vargas	79832568	7AM				
Mario Fontalvo	8572679	7 AM				
Nicolas Martini	72044045	7AM				
Victor Tosca	72340890	700				
Manuel Davila	1240074	700				
Wilson Soto	1047218965	700				
Isidro Tadeo	1001119769	7:00				
Marco Perez	1143260055	7:00AM				
Eduardo Arroyo	73 E62631	9:06 AM				
Jorge Sandoval	1234889	910				

Scanned with CamScanner

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-39 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

Fecha: 31-07-2023 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Jacqueline Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Jorge Lobo el	9[illegible]11	7:00	Jorge Lobo el		Jorge Lobo el	
Mauricio Hoyos	1042348740	7:00AM				
Cesar C Sabas	1043807	7:00				
Carlos E Suarez	1019053410	7:00				
Edgar Olaya	19'444776	7:00				
Sandra Pascual	1088927497	7:00				
Jacqueline Jimenez	1042460103	7:00	Jacqueline Jimenez		Jacqueline Jimenez	

Scanned with CamScanner

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-69 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Fecha: 01-08-2023 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura:

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
David Algoth	77[illegible]	7 AM		5 PM		
Juan Perez	857227[illegible]	7 AM		5 PM		
Efraín Ramírez	RZ 13643682 R			5 PM		
Antonio G.	11.24[illegible]	7:00		5 PM		
Manuel Dav[illegible]	12 400 [illegible]	7:00		5 PM		
Alfonso Jorgan	38323568	7:00		5 PM		
Mario Fontalvo	8572679	7:00 AM		5 PM	Mario Fontalvo	
Wilson Lopez	1047218465	7:00		5 PM		
Leonel Arias Garcia	1052700187	7:00	Leonel AG	5 PM	Leonel AG	
AV Agusto Garcia	7002[illegible]	7:00	Agusto Garcia	5 PM	Agusto	
Yoferson Martinez	1002[illegible]	7:00	Yoferson	5 PM	Yoferson	
Nicolas Martin	7204404[illegible]	7 AM	Nicolas	5 PM	Nicolas	
Jose Luis Ponce	85442184	7:00		5 PM		
Sandro Zuleta	73562655	7:00		5 PM		

VW INGENIEROS S.A.S	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-88 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN:08/01/2019

Fecha: 01-08-2023 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura:

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Vera Toscano	72360890	700		5 pm		
Rogelio Cedeño	1045688449	700		5 pm		
Yaidy Sanchez	1007119769	7:00a		5 pm		
marco Beltre	1143260035	7:00 AM	marco Beltre	5 pm	marco Beltre	
Jorge Sandoval	1234859940	7:00AM	Jorge Sandoval	5 pm	Jorge Sandoval	
Jose Cano	8115177	7 am		5 pm		
Luis Vargas	1007241177	7A-1		5 pm		
Mauricio Mango	1042318740	7AM		5 pm		
Erik Quiroga	1098699789	7AM		5 pm		
Luis Samuel Canal	1081992457	7:00 AM		5 pm		
Edgar Mancera	19'449.726	700		5 pm		
Josefina Jimenez	1012460188	7:00am		5 pm		

INGENIEROS S.A.S.	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-49 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACION:03/01/2019

Fecha: 02-08-23 Hora Apertura: 7:00 AM Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Efraín Ramirez	1766687	7	E R	12pm	E R	
Rosemarie [illegible]	[illegible]	7:	[illegible]	12pm	[illegible]	
Elkin [illegible]	98694789	9AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
Mario Contreras	8572679	7 AM	Mario Contreras	12pm	Mario Contreras	
Marvin Bradenc	12400740	9AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
Alfonso Vergara	78329168	7:am	[illegible]	12 pm	[illegible]	
Sandra Rivera	43562852	7 AM	[illegible]	12pm	[illegible]	
Juan Luis Arenas	85142184	7:am	[illegible]	12pm	[illegible]	
Isaac Arias Garcia	1052700684	7:AM	Isaac AG	12pm	Isaac AG	
AG Gustavo Garcia	1002[illegible]	7:AM	Augusto	12pm	Agusto	
Yeferson Martinez	1002474709	7:Am	Yeferson	12pm	Yeferson	
Jaider Sandoval	1007179769	7:Am	Jaider	12pm	Jaider	
marco Baez	1143266[illegible]	7:AM	MARCO BAEZ	12pm	MARCO Baez	
Nicolas Martinez	72044048	7PM	Nicolas Martinez	12pm	Nicolas	

INGENIEROS S.A.S.	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-69 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 05/01/2019

Fecha: 02-08-25 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: Yoafn Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Victor Tuberquia	72346896	7:05	Victor Tuberquia	12 pm	Victor Tuberquia	
Jorge Luis Ramirez	85064474	7:06	Jorge Luis Ramirez	12 pm	Jorge Luis Ramirez	
Jorge Luis Ramirez	8486188	7:-	Jorge Luis Ramirez	12 pm	Jorge Luis Ramirez	
Mauricio Henao	1042318740	7:00		12 pm		
Carlos C Cardona	1143	7:00		12 pm		
Edgar Moncada	1[illegible]	7:00	[illegible]	12 pm	[illegible]	
Luis Samuel Lara	1081927437	7:00		12 pm		
Joaquin J	1042461611	7:00		12 pm		
Wilson Hoyos	1049218168	7:00		12 pm		

Scanned with CamScanner

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: [illegible]
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: [illegible]

Fecha: 01-07-24 Hora Apertura: 7:00 AM Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Edgar M. Ramírez	[illegible]	7	E R	5pm	E R	
David Rojas	7705792493	7	[illegible]	5pm	[illegible]	
Juan Perez	8572227	7	[illegible]	5pm	[illegible]	
Salvador G.	1132683015	7	[illegible]	5pm	[illegible]	
Erika Quiroga	1098674089	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
María Fontalvo	57 [illegible]	7 AM	NO TRABAJO	5pm	NO TRABAJO	
Reynaldo Guerrero	1045684049	7am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Manuel Benítez	12 900744	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Jhon Luis Flores	85472 1874	7 am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Wilson Lopez	1049283965	7 am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Yefferson Montero	1002071109	7 am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Gerardo Sánchez	1001479677	7am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Ismael Arcos Garcia	1059700489	7am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Mario Ferrer	1143700695	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
ALFONSO URGOTE	73523568	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Sandro Linero	73 362 693	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-49 VERSION 1 FECHA DE APROBACION 06/11/2019

Fecha: 04-08-25 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificacion	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
[illegible]	[illegible]	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
N. COLMENARES	22044045	7 AM	N. Colmenares	5pm	N. Colmenares	
Jorge [illegible]	8758194	7:	Jorge [illegible]	5pm	Jorge [illegible]	
[illegible]	32340890	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
Javier Sandoval	1002449789	7:00	Javier	5pm	[illegible]	
Jorge Sandoval	1224888910	7:00 AM	Jorge Sandoval	5pm	Jorge Sandoval	
Carlos Suarez	1019015466	7:00 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
[illegible]	1081922457	7:00 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
[illegible]	1092324720	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Edgar Rincon	1.094.926	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
Yoyeline Jimenez	1042160881	7:00 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: [illegible]
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: [illegible]

Fecha: 01-07-24 Hora Apertura: 7:00 AM Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Edgar M. Ramírez	[illegible]	7	E R	5pm	E R	
David Rojas	7705792493	7	[illegible]	5pm	[illegible]	
Juan Perez	8572227	7	[illegible]	5pm	[illegible]	
Salvador G.	1132683015	7	[illegible]	5pm	[illegible]	
Erika Quiroga	1098674089	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
María Fontalvo	57 [illegible]	7 AM	NO TRABAJO	5pm	NO TRABAJO	
Reynaldo Guerrero	1045684049	7am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Manuel Benítez	12 900744	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Jhon Luis Flores	85472 1874	7 am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Wilson Lopez	1049283965	7 am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Yefferson Montero	1002071109	7 am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Gerardo Sánchez	1001479677	7am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Ismael Arcos Garcia	1059700489	7am	[illegible]	5pm	[illegible]	
Mario Ferrer	1143700695	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
ALFONSO URGOTE	73523568	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Sandro Linero	73 362 693	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-49 VERSION 1 FECHA DE APROBACION 06/11/2019

Fecha: 04-08-25 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificacion	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
[illegible]	[illegible]	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
N. COLMENARES	22044045	7 AM	N. Colmenares	5pm	N. Colmenares	
Jorge [illegible]	8758194	7:	Jorge [illegible]	5pm	Jorge [illegible]	
[illegible]	32340890	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
Javier Sandoval	1002449789	7:00	Javier	5pm	[illegible]	
Jorge Sandoval	1224888910	7:00 AM	Jorge Sandoval	5pm	Jorge Sandoval	
Carlos Suarez	1019015466	7:00 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
[illegible]	1081922457	7:00 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
[illegible]	1092324720	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Edgar Rincon	1.094.926	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
Yoyeline Jimenez	1042160881	7:00 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-65 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN 08/01/2019

Fecha: 06/08/23 Hora Apertura 7:00 AM Encargado Apertura: Yacfulvi Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
David Alfaro	7215-0442	7 AM	DA	5pm	DA	
Elvin Ramirez	136476B	7	ER	5pm	ER	
Juan Perez	8572274	7	Juan Perez	5pm	Juan Perez	
Leonardo Guerrero	1-1218-0345	7	LG	5pm	LG	
Elvin Quiroga	109867789	7AM	Elvin Quiroga	5pm	Elvin Quiroga	
Mario Fonseca	8572674	7 AM	Mario Fonseca	5pm	Mario Fonseca	
Melvin Baltodano	12400740	7AM	MB	5pm	MB	
Alfonso Vargas	7-0323-768	7AM	Alfonso	5pm	Alfonso	
Luis C Alfaro	1-1059-427	7AM	LA	5pm	LA	
Yunieski Ramos	85A12181	7am	Yunieski	5pm	Yunieski	
Segundo Rivera	7-0726-0[illegible]	7:00 AM	SR	5pm	SR	
Yefferson Martinez	1-1247-769	7 am	Yefferson	5pm	Yefferson	
Alberto Garcia	1-1247-1688	7AM	Alberto	5pm	Alberto	
Leonel Arias Garcia	105270084	7:AM	Leonel AG	5pm	Leonel AG	
Edgar Moncada	1944-1776	7:AM	Edgar Moncada	5pm	~~EMMM~~	
Yacfulvi Jimenez	1-1246-0128	7:00AM	YJ	5pm	Yacfulvi	

IPSE TEROS S.A.S	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-59 VERSION 1 FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

Fecha: 06/08/23 | Hora Apertura 7:00 AM | Encargado Apertura: Joaquin Cervantes

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Joaquin Cervantes	8372588	7:am.	Joaquin	4.Pm.	Joaquin	
[illegible] Ramos	7[illegible]5	7:AM	[illegible]	5-PM	[illegible]	
marco Bertuz	1143260036	7:AM	marco Bertuz	5pm	marco Bertuz	
JOEL Angulos	1018275481	7 AM	Joel	5pm	JOEL	
NICOLA SMARTI	72044648	7 AM	NICOLAS	5pm	NICOLA	
VICTOR TOSCANO	7239689	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
Jorge Sandoval	8[illegible]	7.	[illegible]	5pm	[illegible]	
[illegible]	1081979487	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
Mauricio [illegible]	1042341200	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Jorge Sandoval	1234888940	7:AM	Jorge Sandoval	5pm	Jorge Sandoval	
Faider Sandoval	1007119769	7:AM	Faider Sandoval	5pm	Faider Sandoval	
JORGE LUIS	85068614	7:00.	Jorge	5pm	Jorge	
Rogelio Cuevas	1045840449	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
WILSON [illegible]	7047168465	7:00	[illegible]	5pm	[illegible]	
JOHN RAMIREZ	1102740447	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-09 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

Fecha: 02/08/2025 | Hora Apertura 7:00 AM | Encargado Apertura: Yoyelvis Jimenez

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
David Argote	3715-4447	7 AM		5pm		
Juan Perez	0512227	7 AM		5pm		
Efrain Ramirez	13608682	7		5pm		
Jaime Guerra	1154193545	7:		5pm		
Elkin Quiroga	1098644189	7AM		5pm		
Alfonso Urdaneta	7033235	7AM		5pm		
Mario Fontalvo	8-772679	7 AM	Mario Fontalvo	5pm	Mario Fontalvo	
Manuel Bandera	12400740	7 AM		5pm		
Luis Valdez	14-738427	7AM		5pm		
Joaquin Cervantes	8572585	7 AM		5pm		
[illegible]	8549708	7 AM		5pm		
Rodrigo Hurtado	7090772	7 AM		5pm		
Yoiber Martinez	1002474704	7 AM		5pm		
Augusto Garcia	1002474678	7 AM		5pm		

	PLANILLA DE CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL	CODIGO: HSE-FOR-09 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

Fecha: 07/08/2023 | Hora Apertura: 7:00 AM | Encargado Apertura: [illegible]

Nombre del personal	Identificación	Hora de entrada	Firma	Hora de salida	Firma	Observaciones
Ignacio Ana Garcia	7032100489	7:AM	Ignacio AG	5pm	Ignacio AG	
Sandra Rivera	7856265F	7.AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
JOSE Hernandez		7 AM	JOSE	5pm	JOSE	
Rafael Guerrero	1045684049	7 AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
NICOLOS MARTINEZ	72044044	7 PM	NICOLAS	5PM	NICOLAS	
William Soto	1047218965	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Victor Tan	72340890	700	Victor Tan	5pm	Victor Tan	
JORGE Lin	8506884	700	JORGE	5pm	Jorge	
Marcia Mayo	7042348740	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
[illegible]	8fir172	[illegible]		5pm	[illegible]	
Yaisbel Delgado	10071197641	7 AM	Yaisbel	5pm	[illegible]	
Jesus Lorenzo C	10819274437	7AM	[illegible]	5pm	[illegible]	
Edgar H. Hancon	19'44472C	7AM	FDGZR	5pm	[illegible]	
Yaqueline Jimenez	104/24/60178	7:00 AM	Yaqueline Jimenez	5pm	Yaqueline Jimenez	

ANEXO 15. ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Alfonso Manuel Vergara Navarro
CARGO	Maestro de Obra
FECHA	23/07/25
LUGARA DE RESIDENCIA	Barrio 25 # 24A-25
INGRESOS	23/07/25
ESTRATO	7AM A 5PM
JORNADA LABORAL	DIURNA

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre X
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

X a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

X a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.105.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
X c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
X d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X c. Exámenes de laboratorio y otros
X d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
X c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o discon/ort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?			
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Augusto Garcia Arrenilla
CARGO	Aprendiz
FECHA	30-07-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Barranquilla
INGRESOS	762500
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

X Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
X De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
Bus Publico

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

X Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
X Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		NO	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?		NO	
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		NO	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		NO	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		NO	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?		NO	
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?		NO	
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		NO	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?		NO	
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		NO	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		NO	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		NO	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?		NO	
Considera que su trabajo es variado?		NO	
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?		NO	
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	SI		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?		NO	
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		NO	
La empresa cuenta con agua potable?		NO	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?			

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.585-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	David Argote Rondales
CARGO	Oficial
FECHA	15 Julio 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Malambo
INGRESOS	minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
Transporte Publico

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUÉ / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	X		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trastormadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	X		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?			
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	SI		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	SI		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	SI		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	SI		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	SI		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	SI		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	SI		
Considera que su trabajo es variado?	SI		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	SI		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	SI		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	SI		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		X	
La empresa cuenta con agua potable?	SI		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	SI		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Edgar Humberto Marcos Rodriguez
CARGO	Arq. Residente.
FECHA	15/02/19
LUGARA DE RESIDENCIA	calle 17#3-28 este | Cundinamarca
INGRESOS	minimo
ESTRATO	2
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
(e) 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

(a) Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
(b) 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
(e) Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

(a) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
(c) Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
(d) De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e) Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
(b) No cuál es su medio de transporte
no se requiere

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
(c.) Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
(d) Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

(a) Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anoteadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	✓		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	✓		
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?	✓		
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?	✓		
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	✓		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-36 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Prevem accidentes

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	EFRAIN RAMIREZ
CARGO	AUXILIAR
FECHA	12-07-25
LUGARA DE RESIDENCIA	MALAMBO
INGRESOS	MINIMO
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	DIURNO

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIERIA S.A.S. Nit. 901.109.685-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
público.

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término Indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		✓	
Dolor de cuello, espalda y cintura		✓	
Dolores musculares		✓	
Dificultad para algún movimiento		✓	
Tos frecuente		✓	
Dificultad respiratoria		✓	
Gastritis, ulcera		✓	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		✓	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		✓	
Dificultad para concentrarse		✓	
Mal genio		✓	
Nerviosismo		✓	
Cansancio mental		✓	
Palpitaciones		✓	
Dolor en el pecho (angina)		✓	
Cambios visuales		✓	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		✓	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		✓	
Dificultad para oír		✓	
Sensación permanente de cansancio		✓	
Alteraciones en la piel		✓	
Otras alteraciones no anotadas		✓	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	✓		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?	✓		
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafeteria, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Elkin Fercy Quiroga Ramirez
CARGO	Ayudante
FECHA	07/25/2025
LUGARÁ DE RESIDENCIA	Bucaramanga
INGRESOS	minimo
ESTRATO	2
JORNADA LABORAL	7AM Hasta 12Pm # 1Pm - 5Pm

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
(c) 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

(a) Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

(a) Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
(b) 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

NUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.085-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
(b) Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
(c) De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

(a) Si
b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
(c) Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

(a) Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro 40 minutos

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	✓		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos quimicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?			
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		✓	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		✓	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?		SI	
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientres trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?		SI	
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		SI	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	-	-	
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		SI	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		SI	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		SI	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?		SI	
Considera que su trabajo es variado?		SI	
Su jefe le cide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?		SI	
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?		SI	
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?		SI	
Cuenta con cocina, cafeteria, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		SI	
La empresa cuenta con agua potable?		SI	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?		SI	

19. Escriba a continuación los temas priritarios de capacitación que podrian contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

TRABAJO SEGURO

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÒDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Jaider Andres Sandoval Varela
CARGO	Auxiliar
FECHA	25-Julio-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Mamonal Bellavista
INGRESOS	[illegible]
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
● 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
● Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

● Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
● 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Màs de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
● Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
● Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
● Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
● De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

● Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
● No cuál es su medio de transporte
Transporte Publico

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
● Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
● Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
● Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	✓		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante mas del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.085-7	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

	SI	NO	
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	✓		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		✓	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		✓	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		✓	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	✓		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		✓	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?		✓	
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		✓	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

ninguno

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Joaquin Pablo cervantes .A
CARGO	Ayudante
FECHA	6 - Agosto - 125
LUGARA DE RESIDENCIA	Ponedera
INGRESOS	600 00
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más X

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre X
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre X
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas X
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria X
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia X
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

INVECY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno X
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años X

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año X
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte X
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor X

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación X
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora X
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	Si		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	Si		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	Si		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		No	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	Si		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	Si		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		No	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		No	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		No	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		No	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		No	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		No	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	Si		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	Si		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos publicos por desplazamiento?		No	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	Si		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	Si		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	Si		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	Si		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	NA		
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?	NA		
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?	NA		
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	NA		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	Si		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	Si		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	Si		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	Si		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	Si		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	NA		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	Si		
Considera que su trabajo es variado?	Si		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	Si		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	Si		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	Si		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	Si		
La empresa cuenta con agua potable?	Si		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Prevencion de accidente

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

NOMBRE COMPLETO	JOEL Andres Glez Jaraba
CARGO	Ayudante de obra.
FECHA	05/08/2023
LUGARA DE RESIDENCIA	Malambo Atlantico
INGRESOS	minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
X 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

NISSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

X a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
X De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X No cuál es su medio de transporte
Buses servicio publico.

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

X Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	X		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		X	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?			
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		X	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		X	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		X	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?		X	
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tares que resliza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		X	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		X	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	—	,	

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREvención de accidente
uso de EPP

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.169.855-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

NOMBRE COMPLETO	JOHAN EDWING RAMIREZ ARGÜELLO
CARGO	MAESTRO DE OBRA
FECHA	25 - JULIO - 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	S/V CHUCURI (STDER)
INGRESOS	SALARIO MINIMO
ESTRATO	II
JORNADA LABORAL	DIURNA

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X 26 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
X 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
X Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

X Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.685-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
X Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
X De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

X Si
b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

X Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
X Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

X Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		✓	
Dolor de cuello, espalda y cintura		✓	
Dolores musculares		✓	
Dificultad para algún movimiento		✓	
Tos frecuente		✓	
Dificultad respiratoria		✓	
Gastritis, ulcera		✓	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		✓	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		✓	
Dificultad para concentrarse		✓	
Mal genio		✓	
Nerviosismo		✓	
Cansancio mental		✓	
Palpitaciones		✓	
Dolor en el pecho (angina)		✓	
Cambios visuales		✓	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		✓	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		✓	
Dificultad para oir		✓	
Sensación permanente de cansancio		✓	
Alteraciones en la piel		✓	
Otras alteraciones no anotadas		✓	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?			
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos publicos por desplazamiento?		✓	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		✓	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?		✓	
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		X	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		X	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?	X		
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	X		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descenso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

uso de EPP

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.885-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

NOMBRE COMPLETO	Jorge Arlegis de la cap flores
CARGO	Contratista
FECHA	23 de Julio del 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	San Palmas
INGRESOS	Ninguno
ESTRATO	3
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años x
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre x
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre x
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria x
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada x
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

NISSY TECNOLOGIAS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte x
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años x

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cual es su medio de transporte x
Bus eto

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor x

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros x
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora x
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones			
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-34 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
He recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?			
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?			
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?			
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	X		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-36 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓	

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

TRABAJO SEGURO
PREVENCION DE ACCIDENTES.

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901 109 855 1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

NOMBRE COMPLETO	Jorge Luis Sandoval Varela
CARGO	Auxiliar
FECHA	25 Julio 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Manuela Beltran
INGRESOS	minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – X años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

X Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.100.985-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
X De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X No cuál es su medio de transporte
Transporte Publico

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
X Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.685-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	/		
Dolor de cuello, espalda y cintura		/	
Dolores musculares		/	
Dificultad para algún movimiento		/	
Tos frecuente		/	
Dificultad respiratoria		/	
Gastritis, ulcera		/	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		/	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		/	
Dificultad para concentrarse	/		
Mal genio	/	/	
Nerviosismo		/	
Cansancio mental		/	
Palpitaciones		/	
Dolor en el pecho (angina)		/	
Cambios visuales		/	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		/	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		/	
Dificultad para oir	/		
Sensación permanente de cansancio	/		
Alteraciones en la piel		/	
Otras alteraciones no anotadas			

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.825-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?		✓	
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	✓		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		✓	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		✓	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENCION ACCIDENTES.

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Jose Luis Pinto G
CARGO	Ayudante
FECHA	07 - 30
LUGARA DE RESIDENCIA	Soledad A.T.L
INGRESOS	1.623500
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
x 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
x Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

x Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

x Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
x Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
x Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY REFINEROS L.A.S. Nit. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte

_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír	X		
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?		X	
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	X		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos quimicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secrecones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X	X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	—		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	—		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	—		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrian contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

- uso de EPP

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.585-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

NOMBRE COMPLETO	Jorge Luis Sandoval Cuzcos
CARGO	Oficial
FECHA	26 de Julio
LUGARA DE RESIDENCIA	Maroba - Atotrico
INGRESOS	200000
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	diuno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años ✓
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre ✓
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre ✓
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas ✓
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria ✓
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia ✓
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años,

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

16. En el desarrollo de su labor encuentre las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que esté sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	X		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	SI		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		SI	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?			
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?	X		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	SI		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?			

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENCION DE ACCIDENTES.

USO DE EPP

- EVITAR ACTOS INSEGUROS.

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Lorena Herrera G
CARGO	Ayudante.
FECHA	23-07-2018.
LUGARA DE RESIDENCIA	melambo.
INGRESOS	MINIMO
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	DIURNA

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
x 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

x Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

x Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

x Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
x Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
x Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
x Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
x. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
x De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
x. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
x Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

x Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

x Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	Si		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicacion de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podria calificarse de "normal"?	Si		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	Si		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	Si		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	Si		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	Si		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		NA	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	Si		
Considera que su trabajo es variado?	Si		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	Si		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	Si		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	Si		
Cuenta con cocina, cafeteria, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	Si		
La empresa cuenta con agua potable?	Si		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	S.		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

PREVENIR ACCIDENTES.

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Juan carlos camargo Salazar
CARGO	Ayudate
FECHA	23 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Kr 77 – 70 – 71
INGRESOS	Minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna.

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
X 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

X Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
X Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		NO	
Dolor de cuello, espalda y cintura		NO	
Dolores musculares		NO	
Dificultad para algún movimiento		NO	
Tos frecuente		NO	
Dificultad respiratoria		NO	
Gastritis, ulcera		NO	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		NO	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		NO	
Dificultad para concentrarse		NO	
Mal genio		NO	
Nerviosismo		NO	
Cansancio mental		NO	
Palpitaciones		NO	
Dolor en el pecho (angina)		NO	
Cambios visuales		NO	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		NO	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		NO	
Dificultad para oir		NO	
Sensación permanente de cansancio		NO	
Alteraciones en la piel		NO	
Otras alteraciones no anotadas		NO	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones. Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	Si		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	Si		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	Si		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	Si		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	Si		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		NO	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		NO	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	Si		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		NO	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	Si		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	Si		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		NO	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	Si		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	Si		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		NO	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		NO	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	Si		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	Si		

Scanned with CamScanner

INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.285-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	Si		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	Si		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		No	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		No	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		No	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?		No	
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	Si		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	Si		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	Si		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		No	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		No	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		No	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	Si		
Considera que su trabajo es variado?	Si		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	Si		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	Si		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	Si		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		No	
La empresa cuenta con agua potable?	Si		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

ojo de tpp

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Juan Miguel Perez Ferrer
CARGO	Ayudante
FECHA	15-07-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Malambo Atlantico
INGRESOS	minimo
ESTRATO	#1
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
x e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

x a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

x a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
x b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

x a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
x b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
pública

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR- VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?	X		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	X		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?			
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?			

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?			NA
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?			NA
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?			NA
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		X	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?			
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?			
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?			

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

TRAJO STBURO

Scanned with CamScanner

IPS ENERGY S.A.S. Nit. 901.109.283-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	leonel Arias Garcia
CARGO	Ayudante
FECHA	30-07-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Barranquilla
INGRESOS	1623.500
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
X 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

MISSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
X De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
Bus Publico

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

X Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
X Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		✓	
Dolor de cuello, espalda y cintura		✓	
Dolores musculares		✓	
Dificultad para algún movimiento		✓	
Tos frecuente		✓	
Dificultad respiratoria		✓	
Gastritis, ulcera		✓	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		✓	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		✓	
Dificultad para concentrarse		✓	
Mal genio		✓	
Nerviosismo		✓	
Cansancio mental		✓	
Palpitaciones		✓	
Dolor en el pecho (angina)		✓	
Cambios visuales		✓	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		✓	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		✓	
Dificultad para oir		✓	
Sensación permanente de cansancio		✓	
Alteraciones en la piel		✓	
Otras alteraciones no anoladas		✓	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosion?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		NO	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?		NO	
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		NO	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		NO	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		NO	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?		NO	
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?		NO	
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		NO	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?		NO	
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		NO	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		NO	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		NO	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?		NO	
Considera que su trabajo es variado?		NO	
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?		NO	
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	SÍ		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?		NO	
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		NO	
La empresa cuenta con agua potable?		NO	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	—		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Uso de EPP

Scanned with CamScanner

INTERFERCO S.A.S. Nit 901.109.685-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

NOMBRE COMPLETO	Luis Carlos Martinez J
CARGO	Platero
FECHA	23-07-23
LUGARA DE RESIDENCIA	Malambo
INGRESOS	Minimo
ESTRATO	2
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
(e) 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
(b) Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

(a) Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
(b) 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
público

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura*		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes escaleras presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, lomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-[illegible] VERSIÓN 1 FECHA APROBACION 08/01/2019

Cuál fue el motivo de retiro o traslado

11. Escriba a continuación las tareas o actividades de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud

Ninguna

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Luis Caymeta Payaral
CARGO	Inspector de obra
FECHA	23/07/2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Barranquilla
INGRESOS	MINIMO
ESTRATO	3
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
X Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
X Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

X Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

NIKSY TRADING S.A.S. NIT 901 105 895-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
X Otro Ventas

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
X De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. SI
X No cuál es su medio de transporte
transporte público

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
X Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
X Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	X		
Dolor de cuello, espalda y cintura	X		Mala postura
Dolores musculares			
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente	X		Gripe
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo	X		Diarrea
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)	X		falta de sueño
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental	X		Desgaste
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel	X		Brote
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin enubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	X		
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		X	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		X	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	X		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?		X	
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Riesgo físico
Uso de elementos de protección personal
Autocuidado.

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Manuel Arturo Bandera Paez
CARGO	Auxiliar
FECHA	30 Julio 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Barranquilla
INGRESOS	1,623,500
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
X 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
X c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
X e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
X b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	—		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	—		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	—		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	—		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	—		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	—		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		—	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	—		
Considera que su trabajo es variado?	—		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	—		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	—		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	—		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	—		
La empresa cuenta con agua potable?	—		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

PREVENCIÓN ACCIDENTES.

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	MARCO Antonio Perez Herazo
CARGO	Ayudante
FECHA	Lunes - 28 - Julio 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Calle 40-32-98
INGRESOS	Minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	DIURNA

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X 28 – 37 años X
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

X Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
X Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.189.495-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

X Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X No cuál es su medio de transporte
BUS

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

X Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

- USO DE EPP
- PREVENCION DE ACCIDENTES

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	MARCO RAFAEL FONTALVO PEREZ
CARGO	OFICIAL
FECHA	25-07-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Kr-25 # 24 A 25 ESQUINA
INGRESOS	23-07-2025
ESTRATO	1-A
JORNADA LABORAL	7AM - 5PM

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más X

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

X a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

X a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.885-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	CÓDIGO HSE-FOR-3 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
X Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
X Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

LA EMPRESA

FECHA APROBACION 08/01/2019

VERSION 1

CODIGO HSE-FOR-30

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?			
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin ensubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las taseas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP. CORRECTO

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Mauricio de Jesus Manjarrez Calvano
CARGO	Contratista.
FECHA	26/07/25
LUGARA DE RESIDENCIA	Barranquilla (Atlantico)
INGRESOS	3.000.000
ESTRATO	2
JORNADA LABORAL	Diurna.

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT 901.109.685-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
(c) Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
(b) De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

(a) Si
b. No cuál es su medio de transporte
Moto

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término Indefinido
b. Contrato a Término Fijo
(c) Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
(c) Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

(a) Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, traslormadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	NICOLAS MARTINEZ
CARGO	ALVAÑIL
FECHA	24 MEZ 7 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	VILLA ESPERANZ
INGRESOS	minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	DIURNA

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

56

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre ✓
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RIGGY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.169.805-7	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
d. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		NO	
Dolor de cuello, espalda y cintura		NO	
Dolores musculares		NO	
Dificultad para algún movimiento		NO	
Tos frecuente		NO	
Dificultad respiratoria		NO	
Gastritis, ulcera		NO	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		NO	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		NO	
Dificultad para concentrarse		NO	
Mal genio		NO	
Nerviosismo		NO	
Cansancio mental		NO	
Palpitaciones		NO	
Dolor en el pecho (angina)		NO	
Cambios visuales		NO	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		NO	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		NO	
Dificultad para oir		NO	
Sensación permanente de cansancio		NO	
Alteraciones en la piel		NO	
Otras alteraciones no anotadas		NO	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-21** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	Si		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	Si		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	Si		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		No	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	Si		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	Si		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		No	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	Si		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?	Si		
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		No	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		No	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?			
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	Si		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	Si		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		NA	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		No	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?			
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	Si		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrian contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

TRABAJO SEGURO

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	• Robinson Harro
CARGO	• oficial
FECHA	• agosto 6
LUGARA DE RESIDENCIA	• malambo
INGRESOS	• 2.400.000
ESTRATO	• 1
JORNADA LABORAL	diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

WUSY TRANSPORTES S.A.S. Nit. 901.109.685-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

(a) Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
(b) De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e) Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
(b) No cuál es su medio de transporte
Publico

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
(c) Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
(b) Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

FOR-30

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	X		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		X	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		X	
La empresa cuenta con agua potable?	X		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENIR ACCIDENTES
Y ENFERMEDADES

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Rogelio Escobar Becerra Jimenez
CARGO	Oficial de obra
FECHA	23/07/2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Cra 25 #72A-54
INGRESOS	MINIMO
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	DIURNA

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años ✓
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a) ✓
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre ✓
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas ✓
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria ✓
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s) ✓

Scanned with CamScanner

RUSSY TRANSPORTES S.A.S. Nit. 901.109.865-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte ✓
c. Esludio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años ✓

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años ✓
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
(b) No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor ✓

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales ✓
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora ✓
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		✓	
Dolor de cuello, espalda y cintura		✓	
Dolores musculares		✓	
Dificultad para algún movimiento		✓	
Tos frecuente		✓	
Dificultad respiratoria		✓	
Gastritis, ulcera		✓	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		✓	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		✓	
Dificultad para concentrarse		✓	
Mal genio		✓	
Nerviosismo		✓	
Cansancio mental		✓	
Palpitaciones		✓	
Dolor en el pecho (angina)		✓	
Cambios visuales		✓	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		✓	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		✓	
Dificultad para oir		✓	
Sensación permanente de cansancio		✓	
Alteraciones en la piel		✓	
Otras alteraciones no anotadas		✓	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR VERSIÓN 1 FECHA APROBACION 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	Si		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	Si		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	Si		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		NO	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	Si		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	Si		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	Si		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	Si		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		NO	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	Si		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	Si		
Existen cables sin enlubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		NO	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	Si		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	Si		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	Si		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	Si		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	Si		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	Si		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	✓		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		✓	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		✓	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		✓	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	✓		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	✓		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	S.O		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Riesgo Quimico
Riesgo Biologico
uso obligatorio de elementos Personal
Prevencion de accidentes laborales

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	SANDRO RIVERA PADILLA
CARGO	MAESTRO DE OBRA
FECHA	29-7-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	BOGOTA CRA. 83-SA 42 SUR-KENNEDY
INGRESOS	3.600.000 MENSUAL
ESTRATO	3
JORNADA LABORAL	7. AM - A 5PM

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
X 48 años o más X

2. ESTADO CIVIL

X Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
X 4 – 6 personas
d. Màs de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RISCV INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
Taxi

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?			
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?			
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin enlubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?			
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?			

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Victor Toscano Perez
CARGO	Ayudante Electrico
FECHA	24 07 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Carrera 17 c # 659
INGRESOS	minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
(d.) 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
(b.) Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

(a.) Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
(b.) 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
(b.) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
(c.) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

NISSY TEMPORALES S.A.S. NIT. 901.109.865-1	**ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

(a.) Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

(a.) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
(b.) No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
(c.) Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
(e.) Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
(b.) Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		✓	
Dolor de cuello, espalda y cintura		✓	
Dolores musculares		✓	
Dificultad para algún movimiento		✓	
Tos frecuente		✓	
Dificultad respiratoria		✓	
Gastritis, ulcera		✓	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		✓	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		✓	
Dificultad para concentrarse		✓	
Mal genio		✓	
Nerviosismo		✓	
Cansancio mental		✓	
Palpitaciones		✓	
Dolor en el pecho (angina)		✓	
Cambios visuales		✓	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		✓	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		✓	
Dificultad para oir		✓	
Sensación permanente de cansancio		✓	
Alteraciones en la piel		✓	
Otras alteraciones no anotadas	✓	✓	N/D

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?			
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?			
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?			
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?	X		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		X	
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			NA
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			NA
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			NA
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			NA
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			NA
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

PREVENIR ACCIDENTES.

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Wilson Alfonso Lopez Jaramillo
CARGO	oficial
FECHA	15 Julio 2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Maicao
INGRESOS	minimo
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
(X) 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
(X) Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

(X) Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
(X) 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
(X) Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
(X) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

RUSSY RUSSINOS L.A.S. Nit. 901.109.885-1	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

X a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

X a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
X e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X b. No cuál es su medio de transporte
A Pie

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
X c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

X a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

O HSE-FOR-
VERSIÓN 1
APROBACION:
2019

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FO- VERSIÓN 1 FECHA APROBACIÓN 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?	X		
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?	X		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	X		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	✓		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	✓		
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?	✓		
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?	✓		
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?	✓		
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafeteria, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		X	
La empresa cuenta con agua potable?	X		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

PREVENIR ACCIDENTE)

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Jacqueline Jimena Mola
CARGO	HSEQ
FECHA	2023
LUGARA DE RESIDENCIA	Soledad
INGRESOS	Mens.
ESTRATO	2
JORNADA LABORAL	Diurno

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
(b) 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

(a) Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

a. Hombre
(b) Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

(a) Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
(d) Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
N

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura*		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CODIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	✓		
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes escaleras presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin enzubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	✓		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	✓		
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	✓		
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?	✓		
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el compulador?	✓		
Al finalizar la jornada laboral el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	✓		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	✓		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	✓		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	✓		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	✓		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		✓	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	✓		
Considera que su trabajo es variado?	✓		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	✓		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	✓		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	✓		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	✓		
La empresa cuenta con agua potable?	✓		

Scanned with CamScanner

Existe buen manejo de basuras y desechos?	✓		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

Uso de elemento de protección personal
- Promover el autocuidado.
Cumplir con las normas SST

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Jeffson Martinez Arias
CARGO	Ayudante
FECHA	30-07-2025
LUGARA DE RESIDENCIA	Barranquilla
INGRESOS	1623.500
ESTRATO	1
JORNADA LABORAL	Diurna

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD

a. Menor de 18 años
X 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

a. Soltero (a)
X Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO

X Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

a. Ninguna
X 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

a. Propia
X Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

Scanned with CamScanner

NUSCY	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
X Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
X De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
X No cuál es su medio de transporte
Bus Público

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

X Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
X Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
X Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30**
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oidos		X	
Dificultad para oir		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	✓		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?		✓	
¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	✓		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?	✓		
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	✓		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	✓		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin enlubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?	✓		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien aplados?	✓		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	✓		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	✓		
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	✓		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, le sita y la labor que realiza?	✓		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	✓		

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		NO	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?		NO	
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		NO	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		NO	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		NO	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?		NO	
Al finalizar la jornada laboral el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?		NO	
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		NO	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?		NO	
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		NO	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		NO	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		NO	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?		NO	
Considera que su trabajo es variado?		NO	
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?		NO	
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	SI	SI	
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?		NO	
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		NO	
La empresa cuenta con agua potable?		NO	

Scanned with CamScanner

	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	**CÓDIGO HSE-FOR-30** **VERSIÓN 1** **FECHA APROBACION: 08/01/2019**

Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

USO DE EPP

Scanned with CamScanner