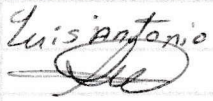
FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Empresa: Serviactiva MG S.A.S ZOMAC	Ciudad: Mocoa - Putumayo
Área/Proceso: casa de atrapasueños	Ubicación donde se realiza el trabajo: cr5- calle 3
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa):	Lugar de Trabajo: B/ Jose homero
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 10:30 am	Hora de Finalización (a.m./p.m.): 11;30 am
Descripción de la tarea a realizar: Revision, limpieza area de trabajo cubierta.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	x	ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	
ENERGIA PELIGROSAS		OTRO, CUAL?			

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
14675837 Luis Antonio	
1124850345 Fernando Fajardo	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		*Indique cada una de las herramientas a utilizar.*
Manuales	x	Rodillo, palustre, limpiones de tela, esponjas, taladro, magueras
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	3 metros de altura
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	escalera portatil
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	si
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	si
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Equipos de E.P.P., capacitaciones, permiso de trabajo, medidas emergencia
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	caco, gafas, guantes, arnes,eslinga, linea de vida,mosqueton
¿Cuántos trabajadores se requieren?	2 trabajadores
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	herramientas,equios, señaalizcion, E.P.P.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO

¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NO

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
inspeccion del area y verificacion del permiso	superficie inestable	caidas golpes	delimitar area, retirarobjetos
inspeccion E.P.P.	elementos de proteccion personal defetuos	lesiones graves	lista de chequeo, remplazo
instalacion de linea de vida	fallo de anclaje	caida de altura de 3 mestros	anclaje en buen estado
instalacion de arnes y eslinga	conexión incorrecta	caidas, lesiones	verificacion, inspeccion
ascenso seguro	deslizamiento	caidas, lesiones	escalera portatil E

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☒ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Fernando Fajardo 1124850345	
Luis Antonio 17675837	Luis antonio

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
ERIKA CHAUX GARCIA	Erika Chaux G.

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	11/11/2025	Válido desde:	11/11/2025	Hora: 10:30am		Válido Hasta:	11/11/2025	Hora:	11:30am
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero								
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)	3 Metros de altura		
Descripción trabajo a realizar	Revision limpieza del area de trabajo cubierta					Distancia Caida total (metros)	3 metros		
						Número de personas ejecutoras:	2 personas		

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
SECUENCIA ORDENADA (PROCEDIMIENTO -PASOS)	PELIGRO (FUENTE)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS
inspeccion del area y verificacion del permiso de trabajo	superficie inestable	caidas golpes	delimitar area, retirarobjetos
inspeccion E.P.P.	elementos de proteccion personal defetuoso	lesiones graves	lista de chequeo, rempiazo
instalacion de linea de vida	falio de anclaje	caida de altura de 3 mestros	anclaje en buen estado
instalacion de arnes y eslinga	conexión incorrecta	caidas, lesiones	verificacion, inspeccion
ascenso seguro	deslizamiento	caidas, lesiones	escalera portatil E
ejecucion de la tarea	perdida del equilibrio	fracturas, lesiones	uso de linea de vida, inspeccion
cierre y revsion	E.P.P. dañado	riesgos futuros	reporte y remplazo

TIPO DE ACCESO (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE ACCESO A USAR EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO)								
Escalera Portátil Extensión	X	Escalera Fija		Manlift		Gruas		Cual?
Escalera Portátil tipo Tijera		Andamios		Acceso por cuerdas		otro:		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)					
Casco Tipo II Con Barbuquejo 3 Puntos	X	Eslinga Con Absorbedor De Impacto De Doble Ramal O En Y	X	Silla Para Trabajo En Suspensión	NO
Gafas De Seguridad	X	Eslinga De Posicionamiento	X	Talon Doble Pierna	NO
Protección Auditiva	NO	Mosquetón De Cierre Automático	X	Freno Para Línea Vida Fija	NO
Protección Respiratoria	X	Anclaje Portátil	X	Kit De Rescate Altura	X
Botas De Seguridad	X	Línea De Vida Portátil Horizontal	X	Overol Tyvek	NO
Guantes Antideslizantes	X	Línea De Vida Portátil Vertical	X	Anclaje Portátil / Tie Off	X
Arnes De Cuerpo Completo (Multipropósito O Dieléctrico O Kevlar (Soldadores) Según Aplique	X	Zig Zag / Descendedores	X	Cinta Salvarramas	X
Mosquetones	X	Bloqueadores	X	Freno Anticaidas Para Cuerdas	X
OTROS:					

ESCRIBA LAS HERRAMIENTA A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD

COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO	SI	NO	NA
¿Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?.	X		
¿Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado y acorde a la actividad?.	X		
¿Se cuenta con las herramientas disponibles y en buen estado para el trabajo a realizar?.	X		
¿El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.?	X		
¿Existen y se verifican puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados)?	X		
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	X		
¿Si el trabajo requiere el uso de una línea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada y en buenas condiciones..?	X		
¿Se cuenta con sistemas de prevención contra caídas en buen estado? (barandas, línea de advertencia, control de acceso) Cual			
¿Se cuenta con el control de área a través de las medidas de prevención requeridas? (ej. señalización - demarcación, instalación mallas)	X		
¿Las medidas de protección (restricción o detención) cumplen con los requerimientos técnicos y fueron objeto de inspección preoperacional?	X		
¿Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc.) cumpliendo con las normas técnicas de seguridad?	X		
¿Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados?.			X
¿Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas?		X	
¿Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados?.	X		
¿En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes y se cuenta con certificados de apoyo para cada especialidad?			X
¿El trabajo en alturas mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores?. Nombre del AYUDANTE DE SEGURIDAD	X		
¿Se realiza el análisis de trabajo seguro para identificación de riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor?	X		
¿Existe supervisión directa para la realización de los trabajos? (Coordinador de alturas)	X		
¿Se cuenta con el Plan de rescate y atención del lesionado y es acorde con la actividad ha realizar?	X		
¿El personal cumple con la formación y equipos para efectuar un recate en alturas?.	X		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	11/11/2025	Válido desde:	11/11/2025	Hora: 10:30am		Válido Hasta:	11/11/2025	Hora:	11:30am
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero								
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)		3 Metros de altura	

PERSONAL AUTORIZADO (INDIQUE SI CUMPLE O NO CUMPLE)

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, el igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios.

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	SEGURIDAD SOCIAL (CUMPLE -NO CUMPLE)	APTITUD MÉDICA	CERTIFICADO LABORAL - COMPETENCIA VIGENTE	FIRMA
Luis Antonio	17675837	Cumple	si	si	
Fernando Fajardo	1124850345	Cumple	si	si	

RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO		
NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A QUIÉN AUTORIZA EL TRABAJO)		
NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Erika Samanta Chaux Garcia	1124857575	

RESPONSABLE ACTIVACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS		
NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha lucia Gomez	1124861043	

AYUDANTE DE SEGURIDAD (SI APLICA)		
NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA

CIERRE DEFINITIVO POR RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Al cierre de este permiso el Trabajo fue terminado: (marque X)				El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :			
SI	X	NO		Incumplimiento requisitos		Otros	
				Cuales:			
NOMBRE COMPLETO			CÉDULA			FIRMA	
Martha Gomez			1124861043				

Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado en el sitio de la labor a ejecutar, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	11/11/2025	Válido desde:	12/11/2025	Hora: 10:30am		Válido Hasta:	12/11/2025	Hora: 11:30am
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero							
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)	3 Metros de altura	
Descripción trabajo a realizar	Revision limpieza del area de trabajo cubierta					Distancia Caída total (metros)	3 metros	
						Número de personas ejecutoras:	2 personas	

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
SECUENCIA ORDENADA (PROCEDIMIENTO -PASOS)	PELIGRO (FUENTE)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS
inspeccion del area y verificacion del permiso de trabajo	superficie inestable	caidas golpes	delimitar area, retirarobjetos
inspeccion E.P.P.	elementos de proteccion personal defetuoso	lesiones graves	lista de chequeo, remplazo
instalacion de linea de vida	fallo de anclaje	caida de altura de 3 mestros	anclaje en buen estado
instalacion de arnes y eslinga	conexión incorrecta	caidas, lesiones	verificacion, inspeccion
ascenso seguro	deslizamiento	caidas, lesiones	escalera portatil E
ejecucion de la tarea	perdida del equilibrio	fracturas, lesiones	uso de linea de vida, inspeccion
cierre y revsion	E.P.P. dañado	riesgos futuros	reporte y remplazo

TIPO DE ACCESO (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE ACCESO A USAR EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO)								
Escalera Portátil Extensión	X	Escalera Fija		Manilift		Grúas		Cual?
Escalera Portátil tipo Tijera		Andamios		Acceso por cuerdas		otro:		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)					
Casco Tipo II Con Barbuquejo 3 Puntos	X	Eslinga Con Absorbedor De Impacto De Doble Ramal O En Y	X	Silla Para Trabajo En Suspensión	NO
Gafas De Seguridad	X	Eslinga De Posicionamiento	X	Talon Doble Pierna	NO
Protección Auditiva	NO	Mosquetón De Cierre Automático	X	Freno Para Línea Vida Fija	NO
Protección Respiratoria	X	Anclaje Portátil	X	Kit De Rescate Altura	X
Botas De Seguridad	X	Linea De Vida Portátil Horizontal	X	Overol Tyvek	NO
Guantes Antideslizantes	X	Linea De Vida Portátil Vertical	X	Anclaje Portátil / Tie Off	X
Arnés De Cuerpo Completo (Multipropósito O Dieléctrico O Kevlar (Soldadores) Según Aplique	X	Zig Zag / Descendedores	X	Cinta Salvarramas	X
Mosquetones	X	Bloqueadores	X	Freno Anticaidas Para Cuerdas	X
OTROS:					

ESCRIBA LAS HERRAMIENTA A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD

COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO	SI	NO	NA
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?.	X		
¿Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado y acorde a la actividad?.	X		
¿Se cuenta con las herramientas disponibles y en buen estado para el trabajo a realizar?.	X		
¿El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.?	X		
¿Existen y se verifican puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados)?	X		
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	X		
¿Si el trabajo requiere el uso de una línea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada y en buenas condiciones..?	X		
¿Se cuenta con sistemas de prevención contra caidas en buen estado? (barandas, línea de advertencia, control de acceso) Cual _____			
¿Se cuenta con el control de área a través de las medidas de prevención requeridas? (ej. señalización - demarcación, Instalación mallas)	X		
¿Las medidas de protección (restricción o detención) cumplen con los requerimientos técnicos y fueron objeto de inspección preoperacional?	X		
¿Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc.) cumpliendo con las normas técnicas de seguridad?	X		
¿Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados?.			X
¿Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas?		X	
¿Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados?.	X		
¿En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes y se cuenta con certificados de apoyo para cada especialidad?			X
¿El trabajo en alturas mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores?. Nombre del AYUDANTE DE SEGURIDAD	X		
¿Se realiza el análisis de trabajo seguro para identificación de riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor?	X		
¿Existe supervisión directa para la realización de los trabajos?.(Coordinador de alturas)	X		
¿Se cuenta con el Plan de rescate y atención del lesionado y es acorde con la actividad ha realizar?	X		
¿El personal cumple con la formación y equipos para efectuar un recate en alturas?,	X		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	11/11/2025	Válido desde:	12/11/2025	Hora: 10:30am		Válido Hasta:	12/11/2025	Hora: 11:30am
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero							
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)	3 Metros de altura	

PERSONAL AUTORIZADO (INDIQUE SI CUMPLE O NO CUMPLE)

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios.

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	SEGURIDAD SOCIAL (CUMPLE -NO CUMPLE)	APTITUD MÉDICA	CERTIFICADO LABORAL - COMPETENCIA VIGENTE	FIRMA
Luis Antonio	17675837	Cumple	si	si	
Fernando Fajardo	1124850345	Cumple	si	si	

RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A QUIÉN AUTORIZA EL TRABAJO)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Erika Samanta Chaux Garcia	1124857575	Erika Chaux G.

RESPONSABLE ACTIVACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

AYUDANTE DE SEGURIDAD (SI APLICA)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA

CIERRE DEFINITIVO POR RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Al cierre de este permiso el Trabajo fue terminado: (marque X)				El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :			
SI	X	NO		Incumplimiento requisitos		Otros	
				Cuales:			

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado en el sitio de la labor a ejecutar, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	14/11/2025	Válido desde:	14/11/2025	Hora: 10:00AM		Válido Hasta:	14/11/2025	Hora: 11:45 AM
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero							
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)	3 Metros de altura	
Descripción trabajo a realizar	Revision limpieza del area de trabajo cubierta					Distancia Caída total (metros)	3 metros	
						Número de personas ejecutoras:	2 personas	

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
SECUENCIA ORDENADA (PROCEDIMIENTO -PASOS)	PELIGRO (FUENTE)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS
inspeccion del area y verificacion del permiso de trabajo	superficie inestable	caidas golpes	delimitar area, retirarobjetos
inspeccion E.P.P.	elementos de proteccion personal defetuoso	lesiones graves	lista de chequeo, remplazo
instalacion de linea de vida	fallo de anclaje	caida de altura de 3 mestros	anclaje en buen estado
instalacion de arnes y eslinga	conexión incorrecta	caidas, lesiones	verificacion, inspeccion
ascenso seguro	deslizamiento	caidas, lesiones	escalera portatil E
ejecucion de la tarea	perdida del equilibrio	fracturas, lesiones	uso de linea de vida, inspeccion
cierre y revsion	E.P.P. dañado	riesgos futuros	reporte y remplazo

TIPO DE ACCESO (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE ACCESO A USAR EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO)								
Escalera Portátil Extensión	X	Escalera Fija		Manilift		Grúas		Cual?
Escalera Portátil tipo Tijera		Andamios		Acceso por cuerdas		otro:		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)					
Casco Tipo II Con Barbuquejo 3 Puntos	X	Eslinga Con Absorbedor De Impacto De Doble Ramal O En Y	X	Silla Para Trabajo En Suspensión	NO
Gafas De Seguridad	X	Eslinga De Posicionamiento	X	Talon Doble Pierna	NO
Protección Auditiva	NO	Mosquetón De Cierre Automático	X	Freno Para Línea Vida Fija	NO
Protección Respiratoria	X	Anclaje Portátil	X	Kit De Rescate Altura	X
Botas De Seguridad	X	Linea De Vida Portátil Horizontal	X	Overol Tyvek	NO
Guantes Antideslizantes	X	Linea De Vida Portátil Vertical	X	Anclaje Portátil / Tie Off	X
Arnés De Cuerpo Completo (Multipropósito O Dieléctrico O Kevlar (Soldadores) Según Aplique	X	Zig Zag / Descendedores	X	Cinta Salvarramas	X
Mosquetones	X	Bloqueadores	X	Freno Anticaídas Para Cuerdas	X
OTROS:					

ESCRIBA LAS HERRAMIENTA A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD

COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO	SI	NO	NA
¿Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?.	X		
¿Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado y acorde a la actividad?.	X		
¿Se cuenta con las herramientas disponibles y en buen estado para el trabajo a realizar?.	X		
¿El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.?	X		
¿Existen y se verifican puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados)?	X		
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	X		
¿Si el trabajo requiere el uso de una línea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada y en buenas condiciones..?	X		
¿Se cuenta con sistemas de prevención contra caídas en buen estado? (barandas, línea de advertencia, control de acceso) Cual _____			
¿Se cuenta con el control de área a través de las medidas de prevención requeridas? (ej. señalización - demarcación, Instalación mallas)	X		
¿Las medidas de protección (restricción o detención) cumplen con los requerimientos técnicos y fueron objeto de inspección preoperacional?	X		
¿Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc.) cumpliendo con las normas técnicas de seguridad?	X		
¿Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados?.			X
¿Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas?		X	
¿Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados?.	X		
¿En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes y se cuenta con certificados de apoyo para cada especialidad?			X
¿El trabajo en alturas mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores?. Nombre del AYUDANTE DE SEGURIDAD	X		
¿Se realiza el análisis de trabajo seguro para identificación de riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor?	X		
¿Existe supervisión directa para la realización de los trabajos?.(Coordinador de alturas)	X		
¿Se cuenta con el Plan de rescate y atención del lesionado y es acorde con la actividad ha realizar?	X		
¿El personal cumple con la formación y equipos para efectuar un recate en alturas?,	X		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	14/11/2025	Válido desde:	14/11/2025	Hora: 10:00AM		Válido Hasta:	14/11/2025	Hora:	11:45 AM
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero								
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)		3 Metros de altura	

PERSONAL AUTORIZADO (INDIQUE SI CUMPLE O NO CUMPLE)

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios.

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	SEGURIDAD SOCIAL (CUMPLE -NO CUMPLE)	APTITUD MÉDICA	CERTIFICADO LABORAL - COMPETENCIA VIGENTE	FIRMA
Luis Antonio	17675837	Cumple	si	si	
Fernando Fajardo	1124850345	Cumple	si	si	

RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A QUIÉN AUTORIZA EL TRABAJO)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Erika Samanta Chaux Garcia	1124857575	

RESPONSABLE ACTIVACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha lucia Gomez.	1.124861043	

AYUDANTE DE SEGURIDAD (SI APLICA)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA

CIERRE DEFINITIVO POR RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Al cierre de este permiso el Trabajo fue terminado: (marque X)				El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :			
SI	X	NO		Incumplimiento requisitos		Otros	
				Cuales:			

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha lucia Gomez	1124861043	

Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado en el sitio de la labor a ejecutar, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	13/11/2025	Válido desde:	13/11/2025	Hora: 09:00		Válido Hasta:	13/11/2025	Hora: 10:30am
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero							
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)	3 Metros de altura	
Descripción trabajo a realizar	Revision limpieza del area de trabajo cubierta					Distancia Caída total (metros)	3 metros	
						Número de personas ejecutoras:	2 personas	

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
SECUENCIA ORDENADA (PROCEDIMIENTO -PASOS)	PELIGRO (FUENTE)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS
inspeccion del area y verificacion del permiso de trabajo	superficie inestable	caidas golpes	delimitar area, retirarobjetos
inspeccion E.P.P.	elementos de proteccion personal defetuoso	lesiones graves	lista de chequeo, remplazo
instalacion de linea de vida	fallo de anclaje	caida de altura de 3 mestros	anclaje en buen estado
instalacion de arnes y eslinga	conexión incorrecta	caidas, lesiones	verificacion, inspeccion
ascenso seguro	deslizamiento	caidas, lesiones	escalera portatil E
ejecucion de la tarea	perdida del equilibrio	fracturas, lesiones	uso de linea de vida, inspeccion
cierre y revsion	E.P.P. dañado	riesgos futuros	reporte y remplazo

TIPO DE ACCESO (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE ACCESO A USAR EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO)								
Escalera Portátil Extensión	X	Escalera Fija		Manilift		Grúas		Cual?
Escalera Portátil tipo Tijera		Andamios		Acceso por cuerdas		otro:		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)					
Casco Tipo Ii Con Barbuquejo 3 Puntos	X	Eslinga Con Absorbedor De Impacto De Doble Ramal O En Y	X	Silla Para Trabajo En Suspensión	NO
Gafas De Seguridad	X	Eslinga De Posicionamiento	X	Talon Doble Pierna	NO
Protección Auditiva	NO	Mosquetón De Cierre Automático	X	Freno Para Línea Vida Fija	NO
Protección Respiratoria	X	Anclaje Portátil	X	Kit De Rescate Altura	X
Botas De Seguridad	X	Linea De Vida Portátil Horizontal	X	Overol Tyvek	NO
Guantes Antideslizantes	X	Linea De Vida Portátil Vertical	X	Anclaje Portátil / Tie Off	X
Arnés De Cuerpo Completo (Multipropósito O Dieléctrico O Kevlar (Soldadores) Según Aplique	X	Zig Zag / Descendedores	X	Cinta Salvarramas	X
Mosquetones	X	Bloqueadores	X	Freno Anticaídas Para Cuerdas	X
OTROS:					

ESCRIBA LAS HERRAMIENTA A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD

COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO	SI	NO	NA
¿Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?.	X		
¿Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado y acorde a la actividad?.	X		
¿Se cuenta con las herramientas disponibles y en buen estado para el trabajo a realizar?.	X		
¿El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.?	X		
¿Existen y se verifican puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados)?	X		
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	X		
¿Si el trabajo requiere el uso de una línea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada y en buenas condiciones..?	X		
¿Se cuenta con sistemas de prevención contra caídas en buen estado? (barandas, línea de advertencia, control de acceso) Cual _____			
¿Se cuenta con el control de área a través de las medidas de prevención requeridas? (ej. señalización - demarcación, Instalación mallas)	X		
¿Las medidas de protección (restricción o detención) cumplen con los requerimientos técnicos y fueron objeto de inspección preoperacional?	X		
¿Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc.) cumpliendo con las normas técnicas de seguridad?	X		
¿Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados?.			X
¿Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas?		X	
¿Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados?.	X		
¿En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes y se cuenta con certificados de apoyo para cada especialidad?			X
¿El trabajo en alturas mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores?. Nombre del AYUDANTE DE SEGURIDAD	X		
¿Se realiza el análisis de trabajo seguro para identificación de riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor?	X		
¿Existe supervisión directa para la realización de los trabajos?.(Coordinador de alturas)	X		
¿Se cuenta con el Plan de rescate y atención del lesionado y es acorde con la actividad ha realizar?	X		
¿El personal cumple con la formación y equipos para efectuar un recate en alturas?.	X		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN GENERAL - VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN								
Fecha de Elaboración	13/11/2025	Válido desde:	13/11/2025	Hora: 09:00		Válido Hasta:	13/11/2025	Hora:	10:30am
Lugar de Ejecución del Trabajo	cr5-calle 3casa atrapasueños B/ jose homero								
Empresa Ejecutora	SERVIACTIVA MG S.A.S. ZOMAC					Altura Aproximada (metros)		3 Metros de altura	

PERSONAL AUTORIZADO (INDIQUE SI CUMPLE O NO CUMPLE)

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios.

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	SEGURIDAD SOCIAL (CUMPLE -NO CUMPLE)	APTITUD MÉDICA	CERTIFICADO LABORAL - COMPETENCIA VIGENTE	FIRMA
Luis Antonio	17675837	Cumple	si	si	
Fernando Fajardo	1124850345	Cumple	si	si	

RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A QUIÉN AUTORIZA EL TRABAJO)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Erika Samanta Chaux Garcia	1124857575	

RESPONSABLE ACTIVACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

AYUDANTE DE SEGURIDAD (SI APLICA)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA

CIERRE DEFINITIVO POR RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Al cierre de este permiso el Trabajo fue terminado: (marque X)				El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :			
SI	X	NO		Incumplimiento requisitos		Otros	
				Cuales:			

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	FIRMA
Martha Lucia Gomez	1124861043	

Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado en el sitio de la labor a ejecutar, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Certificado No.

40

CAPECO SAS

Tú seguridad es nuestro compromiso

En cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 4272 de 2021 y Certificación NTC 6072: 2014 por CELAC con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación N 30.526-1
Autorización por el Ministerio del Trabajo N° 08SE2024220000000048456 de 21 de octubre del 2024

CONTACTENOS

CERTIFICA QUE:

ERIKA SAMANTA CHAUX GARCIA

C.C 1124857575

Certificado de capacitación y entrenamiento para:

TRABAJO EN ALTURAS

CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 N° 30.526-1

Nivel COORDINADOR con una intensidad horaria de 80 horas
Realizado en la calle 11 1G 56 B/Los Martires NEIVA desde 26 de octubre al 04 de noviembre de 2025
En constancia, se expide el presente certificado en la ciudad de NEIVA, el día 4 de noviembre de 2025

Informacion del empleador
SERVIACTIVA MG S.A.S ZOMAC Nit / CC: 901356922
Rep legal: MARTHA LUCIA GOMEZ ORDOÑEZ ARL POSITIVA

VERIFICACION

DIEGO ARMANDO MANRIQUE RAMIREZ
Representante legal

JEFERSON STEVEN ZAPATA OSORNO
ENTRENADOR LICENCIA SST: 5196/2023

La autenticidad de este documento puede ser verificada en nuestro sitio web

Certificado No.

559

CAPECO SAS

Tú seguridad es nuestro compromiso

En cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 4272 de 2021 y Certificación NTC 6072: 2014 por CELAC con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación N 30.526-1 Autorización por el Ministerio del Trabajo N° 08SE2024220000000048456 de 21 de octubre del 2024

CONTACTENOS

CERTIFICA QUE:

LUCAS FERNANDO FAJARDO GOMEZ

C.C 1124850345

Certificado de capacitación y entrenamiento para:

TRABAJO EN ALTURAS

CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 N° 30.526-1

Nivel REENTRENAMIENTO con una intensidad horaria de 8 horas

Realizado en la calle 11 1G 56 B/Los Martires neiva desde 30 de octubre al 30 de octubre de 2025

En constancia, se expide el presente certificado en la ciudad de neiva, el día 30 de octubre de 2025

Informacion del empleador

SERVIACTIVA MG S.A.S ZOMAC Nit / CC: 901356922

Rep legal: MARTHA LUCIA GOMEZ ORDOÑEZ ARL POSITIVA

VERIFICACION

DIEGO ARMANDO MANRIQUE RAMIREZ
Representante legal

KEVIN ANDREDY LIZCANO BONILLA
ENTRENADOR LICENCIA SST:2722/2021

La autenticidad de este documento puede ser verificada en nuestro sitio web

Certificado No.

560

CAPECO SAS

Tú seguridad es nuestro compromiso

En cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 4272 de 2021 y Certificación NTC 6072: 2014 por CELAC con código de acreditación 18-CPR-002 y código de certificación N 30.526-1 Autorización por el Ministerio del Trabajo N° 08SE2024220000000048456 de 21 de octubre del 2024

CONTACTENOS

CERTIFICA QUE:

LUIS ANTONIO CUASQUER CUASPUD

C.C 17675837

Certificado de capacitación y entrenamiento para:

TRABAJO EN ALTURAS

CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 N° 30.526-1

Nivel REENTRENAMIENTO con una intensidad horaria de 8 horas

Realizado en la calle 11 1G 56 B/Los Martires neiva desde 30 de octubre al 30 de octubre de 2025

En constancia, se expide el presente certificado en la ciudad de neiva, el día 30 de octubre de 2025

Informacion del empleador

SERVIACTIVA MG S.A.S ZOMAC Nit / CC: 901356922

Rep legal: MARTHA LUCIA GOMEZ ORDOÑEZ ARL POSITIVA

VERIFICACION

DIEGO ARMANDO MANRIQUE RAMIREZ
Representante legal

KEVIN ANDREDY LIZCANO BONILLA
ENTRENADOR LICENCIA SST:2722/2021

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA
NIT 12754980-2
RM 11556 LICENCIA 067/18
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

ADMIISIÓN: N° :	23	MUNICIPIO:	MOCOA		
NOMBRE PACIENTE:	ERIKA SAMANTA CHAUX GARCIA				
IDENTIFICACIOÓN:	CC 1124857575	ESTADO CIVIL:	SOLTERA	FECHA:	16/09/2025
N° HISTORIA:	01124857575	SEXO:	FEMENINA		

INFORMACION GENERAL:	
EMPRESA:	SERVIACTIVA MG SAS ZOMAC
CARGO:	INSPECTOR SISOMA
TIPO DE EXAMENES:	INGRESO ALTURAS
CONCEPTO DE APTITUD:	APTO SIN RESTRICCIONES
OBSERVACIONES:	NINGUNA

EXAMENES REALIZADOS	
AUDIOMETRIA:	NORMAL
VISIOMETRIA:	NORMAL
TEST DE DROGAS	NO APLICA
GLICEMIA:	NORMAL
PERFIL LIPIDICO:	NORMAL
TEST DE ALCOHOL	NEGATIVO
PSCIOMOTRIZ:	NO APLICA
OTROS CUALES:	
OSTEOMUSCULAR:	SIN ALTERACIONES
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	APTO SIN RESTRICCIONES
ALTURAS:	APTO

RECOMENDACIONES:
PACIENTE CON ALTERACIONES DEL PESO POR LO CUAL SE RECOMIENDA BAJAR UN KILO SEMANAL O QUINCENAL HASTA ALCANZAR EL PESO IDEAL, ADEMÁS, SE RECOMIENDA HÁBITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA, EJERCICIO 150 MINUTOS A LA SEMANA REPARTIDOS EN JORNADAS DE 15 MINUTOS POR SESIÓN, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y VIBRATORIOS, NO CARGAR POR ENCIMA DE 25 KG, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN LABORAL Y PARA COVID, INGRESO A PVE OSTEOMUSCULAR.

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Resolucion No. 067 de 2018

PROFESIONAL:	**WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA**	**FIRMA DEL PACIENTE**
ESPECIALIDAD:	**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	
REGISTRO:	**RESOLUCIÓN N° 067 DE 2018**	

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA
NIT 12754980-2
RM 11556 LICENCIA 067/18
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

ADMIISIÓN: N° :	24	MUNICIPIO:	MOCOA		
NOMBRE PACIENTE:	LUCAS FERNANDO FAJARDO GOMEZ				
IDENTIFICACIOÓN:	CC 1124850345	ESTADO CIVIL:	CASADO	FECHA:	16/09/2025
N° HISTORIA:	01124850345	SEXO:	MASCULINO		

INFORMACION GENERAL:	
EMPRESA:	SERVIACTIVA MG SAS ZOMAC
CARGO:	MAESTRO DE OBRA CIVIL
TIPO DE EXAMENES:	INGRESO ALTURAS
CONCEPTO DE APTITUD:	APTO SIN RESTRICCIONES
OBSERVACIONES:	NINGUNA

EXAMENES REALIZADOS		
AUDIOMETRIA:	NORMAL	
VISIOMETRIA:	NORMAL	
TEST DE DROGAS	NO APLICA	
GLICEMIA:	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO:	NORMAL	
TEST DE ALCOHOL	NEGATIVO	
PSCIOMOTRIZ:	NO APLICA	
OTROS CUALES:		
OSTEOMUSCULAR:	SIN ALTERACIONES	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	APTO SIN RESTRICCIONES	
ALTURAS:	APTO	

RECOMENDACIONES:
PACIENTE CON ALTERACIONES DEL PESO POR LO CUAL SE RECOMIENDA BAJAR UN KILO SEMANAL O QUINCENAL HASTA ALCANZAR EL PESO IDEAL, ADEMÁS, SE RECOMIENDA HÁBITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA, EJERCICIO 150 MINUTOS A LA SEMANA REPARTIDOS EN JORNADAS DE 15 MINUTOS POR SESIÓN, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y VIBRATORIOS, NO CARGAR POR ENCIMA DE 25 KG, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN LABORAL Y PARA COVID, INGRESO A PVE OSTEOMUSCULAR.

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Resolucion No. 067 de 2018

PROFESIONAL:	**WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA**	**FIRMA DEL PACIENTE**
ESPECIALIDAD:	**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	
REGISTRO:	**RESOLUCIÓN N° 067 DE 2018**	

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA
NIT 12754980-2
RM 11556 LICENCIA 067/18
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

ADMIISIÓN: N° :	25	MUNICIPIO:	MOCOA		
NOMBRE PACIENTE:	LUIS ANTONIO CUASQUER CUASPUD				
IDENTIFICACIOÓN:	CC 17675837	ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE	FECHA:	16/09/2025
N° HISTORIA:	017675837	SEXO:	MASCULINO		

INFORMACION GENERAL:	
EMPRESA:	SERVIACTIVA MG SAS ZOMAC
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA CIVIL
TIPO DE EXAMENES:	INGRESO ALTURAS
CONCEPTO DE APTITUD:	APTO SIN RESTRICCIONES
OBSERVACIONES:	NINGUNA

EXAMENES REALIZADOS		
AUDIOMETRIA:	NORMAL	
VISIOMETRIA:	NORMAL	
TEST DE DROGAS	NO APLICA	
GLICEMIA:	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO:	NORMAL	
TEST DE ALCOHOL	NEGATIVO	
PSCIOMOTRIZ:	NO APLICA	
OTROS CUALES:		
OSTEOMUSCULAR:	SIN ALTERACIONES	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	APTO SIN RESTRICCIONES	
ALTURAS:	APTO	

RECOMENDACIONES:
PACIENTE CON ALTERACIONES DEL PESO POR LO CUAL SE RECOMIENDA BAJAR UN KILO SEMANAL O QUINCENAL HASTA ALCANZAR EL PESO IDEAL, ADEMÁS, SE RECOMIENDA HÁBITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA, EJERCICIO 150 MINUTOS A LA SEMANA REPARTIDOS EN JORNADAS DE 15 MINUTOS POR SESIÓN, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y VIBRATORIOS, NO CARGAR POR ENCIMA DE 25 KG, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN LABORAL Y PARA COVID, INGRESO A PVE OSTEOMUSCULAR.

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Resolucion No. 067 de 2018

PROFESIONAL:	**WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA**	**FIRMA DEL PACIENTE**
ESPECIALIDAD:	**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	
REGISTRO:	**RESOLUCIÓN N° 067 DE 2018**	

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: Serviactiva MG-Zomac.

NOMBRE	Lucas Fernando Fajardo Gomez
CÉDULA	1124850345
CARGO	Maestro

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de SERVIACTIVA MG S.A.S ZOMAC. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
11/11/25	Casco	1		Buen estado	
11/11/25	Guantes nitrilo	1		Buen estado	
11/11/25	Gafas	1		Buen estado	
11/11/25	Pantalón jeans	1	L-34	Buen estado	
11/11/25	Camisa manga larg	1	L	Buen estado	
11/11/25	Arnes de seguridad	1		Buen estado	
11/11/25	Eslinga absorbedor	1		Buen estado	
11/11/25	Linea de vida Horz.V.	2		Buen estado	
11/11/25	Mosqueton	2		Buen estado	
11/11/25	Cuerda seguridad	2		Buen estado	
11/11/25	Punto anclaje	2		Buen estado	
11/11/25	Kit de rescate Alturas	1		Buen estado	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: Serviactiva MG Zomac.

NOMBRE	Luis Antonio Cuasquer
CÉDULA	1767583?
CARGO	Auxiliar

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de SERVIACTIVA MG S.A.S ZOMAC. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
11/11/25	Casco	1		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Guantes nitrilo	1		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Gafas	1		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Pantalón jeans	1	34-L	Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Camisa manga larga	1	L	Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Arnes de seguridad	1		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Eslinga absorbedor.	2		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Linea de vida Hor. V.	2		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Mosqueton	2		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	cuerda seguridad	2		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Punto anclaje	2		Buen estado	Luis Antonio
11/11/25	Kit rescate Alturas	1		Buen estado	Luis Antonio

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: ServiActiva MG Sfas zomac.

NOMBRE	Enka Samanta Chaux Garcia
CÉDULA	1124857575
CARGO	profesional sst

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de SERVIACTIVA MG S.A.S ZOMAC. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
17-sept 25	Camisa manga larga	1	L	Buen estado	Enka chaux G.
17-sep-2025	pantalon jeans	1	12	Buen estado	Enka chaux G.
17-sep-2025	Casco blanco	1		Buen estado	Enka chaux G.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012