ANEXO 2.5E CCL

	FORMATO	Código: FT-SST-020
	ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA	Fecha: 13/0872025
		Versión: Original

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA

El día 20 del mes de Noviembre del 2025 en las instalaciones de **CONSORCIO VB ADECUACIONES,** se reunió el representante legal y sus trabajadores para conformar el Comité de Convivencia dando cumplimiento a la Resolución 652 de 2012, Resolución 3461 del 1 de septiembre de 2025, Resolución 2646 de 2008 y a la Ley 1010 de 2006, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). El periodo de los miembros del Comité es de dos años (2) y el empleador proporcionara los recursos necesarios para el cumplimiento de las funciones de los miembros al Comité, así como la capacitación requerida.

El representante legal de la empresa nombro a las siguientes personas:

Por parte de la empresa: Andres Eduardo

Y los trabajadores nombraron a: Sonia Sanchez

Estos últimos nombrados por votación en asamblea general de trabajadores.

Integrado el Comité de Convivencia se procedió de acuerdo a la Resolución 652 de 2012 a nombrar presidente y al secretario del mismo, con el objetivo de mantener la coordinación, organización y funcionamiento del Comité.

Por votación interna del Comité se designa: Andres Eduardo Presidente del Comité y Sonia Sanchez Secretario(a) del mismo.

Firma del Presidente

Firma del Secretario

1002

	FORMATO	Código: FT-SST-017
	INSCRIPCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO VB ADECUACIONES

PERIODO: 2 años

NOMBRE	CARGO	FECHA
Andres Eduardo	R. de obra	19-11-2025
Sonia Sanchez	R. Social	19-11-2025

Responsable: José Granado

Fecha de inscripción: 19-11-2025

	FORMATO	Código: FT-SST-018
	VOTACIÓN DE CANDIDATOS AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Fecha: 13708/2025
		Versión: original

Comité de Convivencia Laboral

VOTO PARA ELECCIÓN

Candidato 1: Sonia Sanchez ☐

Candidato 2: Andres Colorado ☐

Candidato 3: _____ ☐

Candidato 4: _____ ☐

	FORMATO	Código: FT-SST-019-1
	ACTA DE ESCRUTINIO Y VOTACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

ACTA DE ESCRUTINIO Y VOTACIÓN
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO VB ADECUACIONES

El dia 20 del mes Noviembre del año 2023, se dio apertura al proceso de votación para la elección de los candidatos al COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL para el período que va de Nov-2023 de Nov-2023 a Noviembre de 2025.

En calidad de jurados de votación se encargó a los señores

José Granada

Brandon Quintero

Después del conteo de votos se obtuvieron los siguientes resultados:

NOMBRE	VOTOS
Sonia Sanchez	
Andres Colorado	

José Granada
Coordinador de la mesa

Brandon Quintero
Colaborador de la mesa

1035

	FORMATO	Código: FT-SST-016
	CONVOCATORIA A PARTICIPAR DE LA ELECCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

CONVOCATORIA A PARTICIPAR DE LA ELECCIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

CONSORCIO VB ADECUACIONES, invita a todo el personal vinculado a participar de la convocatoria para elegir al nuevo Comité de Convivencia Laboral 2025.

Este comité tiene por objeto la prevención de conductas de acoso laboral y la atención de los casos en que tales conductas pudieran presentarse, además procurará por medio de las actividades de sensibilización, capacitación y vigilancia periódica, promover relaciones laborales propicias para la salud mental y el respeto a la dignidad de los empleados, de todos los niveles jerárquicos de la Universidad, mediante estrategias de promoción, prevención e intervención para la resolución de conflictos.

Para la conformación del comité se nombran 1 representante(s) por parte del empleador y 1 representante(s) por parte de los trabajadores, con sus respectivos suplentes. Los empleados elegirán sus representantes mediante libre votación.

Atentamente,

Oscar Ospino Murillo

Nombre Representante Legal
CONSORCIO VB ADECUACIONES
Representante Legal

	FORMATO	Código: FT-SST-019
	REGISTRO DE VOTANTES PARA ELECCIÓN DEL COMITE PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO DE VOTANTES
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO VB ADECUACIONES

N°	NOMBRE	N° CEDULA	FIRMA DE TRABAJADOR
1.	Andres Colorado	86 066. 629	
2.	Andres lopez	1. 010. 234. 991	
3.	Sonia Sanchez	52 330 798	
4.	Jose Granada	3. 186. 798	
5.	Brandon Quintero	1. 000. 515. 115	
6.	Benjamin Ramos	85. 203. 986	
7.	Jhonatan Ramos	1. 085. 036. 903	

Responsable: José Granada

Fecha de inscripción: 19-11-2025

ANEXO 2.5F CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

	PROGRAMA DE CAPACITACIONES	Versión Actual:
	MATRIZ	1
	CAPACITACIONES	Fecha Emisión: (DD/MM/AA)

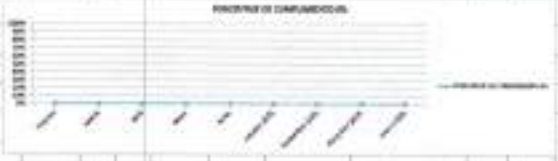
OBJETIVO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	Capacitar a los trabajadores de Hércules Social Integral, garantizando la formación necesaria en los temas principales en cuanto al sistema de gestión integral HSEQ y capacitaciones para el cumplimiento técnico y legal.

METAS	INDICADORES
Cumplir con el 90% de las capacitaciones programadas	(Capacitaciones ejecutadas / Capacitaciones programadas)*100
Lograr una eficacia del 90% en las capacitaciones ejecutadas	(No. de capacitaciones aprobadas / No. de capacitaciones realizadas)*100
Dar cobertura de capacitación al 95% a los trabajadores	(No. de trabajadores capacitados / No. de trabajadores programados)*100

	FORMATO:	Código: FT-GGT-053
	CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES SST	Fecha: 13/08/2019 Versión: Original
FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN:		
CAPACITACIONES PROGRAMADAS:	4	
CAPACITACIONES EJECUTADAS:	0	

ITEM	TEMA/EJE	SUBTEMA	DIRIGIDO A	No. TRABAJADORES PROGRAMADOS	No. TRABAJADORES CAPACITADOS	No. DE TRABAJADORES PENDIENTES	No. DE TRABAJADORES AUSENTES A LA CAPACITACIÓN	No. DE TRABAJADORES QUE APROBARON LA CAPACITACIÓN	PORCENTAJE	CAPACITADOR	FECHA PROGRAMADA	OBSERVACIONES	enero-18	febrero-18	marzo-18	abril-18	mayo-18	junio-18	julio-18	agosto-18	septiembre-18	octubre-18	noviembre-18	diciembre-18
	Seguridad y Salud en el Trabajo												P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
1	MEDICIÓN PYV Y VAL	Valoración Clínica (Ag y Vis) Riesgos psicosocial, Ergonómicos, psicosensoriales, medición antropométrica	Trabajadores de la obra	50	10	0	10	0	1,00	Profesional SST	Al momento del ingreso		Al momento de ingreso de personal											
2	EMERGENCIAS	Primeros Auxilios, Conformación de Brigadas	Trabajadores de la obra	50	10				1,00	Profesional SST	En el mes programado													
3	PSICOSOCIAL	Manejo del estrés, Trabajo en equipo, Manejo del tiempo, Hábitos, Manejo de emociones	Trabajadores de la obra	10					1,00	Profesional SST	En el mes programado													
4	COMITES	Funciones, Responsabilidades	Trabajadores de la obra	10					1,00	Profesional SST	En el mes programado													
5	VIAL	Reglamento vial Riesgos viales	Trabajadores de la obra	10					1,00	Profesional SST	En el mes programado													
6	HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y MEDICINA PREVENTIVA	Alimentación Sana, Higiene y Hábitos Postural, Riesgos de condiciones inseguras	Trabajadores de la obra	10					1,00	Profesional SST	En el mes programado													
				1	0	0	0	0					1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA												
ASPECTO A EVALUAR	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
CAPACITACIONES PROGRAMADAS MES	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAPACITACIONES EJECUTADAS MES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!



ASPECTO A EVALUAR	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
TOTAL DE TRABAJADORES QUE APROBARON												
TOTAL DE TRABAJADORES QUE REPROBARON												
No. DE TRABAJADORES CAPACITADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORCENTAJE EFECTIVIDAD	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

ASPECTO A EVALUAR	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
No. DE TRABAJADORES PROGRAMADOS PLAN MES												
TOTAL DE TRABAJADORES CAPACITADOS												
PORCENTAJE DE COBERTURA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

ELABORÓ:	Yenny Cuesta Fonseca	REVISÓ Y APROBÓ:	
CARGO:	Ingeniera Ambiental, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo	CARGO:	

ANEXO 2.5G REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	12	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Primeros Auxilios - Conformacion de Brigadas
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST	X	
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	SAMUEL MESA	80 101 895	OPERADOR	
2	Benjamin Ramos	85203 956	Ay	
3	Dylan Chica P.	1115940737	auxiliar	
4	Eliecer Mora	1026274539	Oficial	Eliecer
5	Isabel Fernanda Sanchez Bayona	1000621968	INSP. SST	
6	Brandon Quintero Samaca	1000515775	Conductor	
7	Andres Felipe Lopez	1010234991	Aux Ingeniaria	
8	Jeferson Vargas	1003909928	oficial	
9	Nicolas Ramos	1087035003	Aux	
10	Juan Camilo Borja.	1005743034	operador	Camilo B.
11	Luis alberto lara	80813 423	ayudant	
12	Alexis Cuervo Cuervo	80063 858	oficial	
13		79724837	oficial	
14	Miguel Angel Montoya	95349721		
15	Nilla Sanchez Forero	52330248	Residente Obra	
16	Andres Colorado	80666629	Residente Obra	
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose E. Granada	Firma	Jose E Granada

1/1

	FORMATO	Código: FT-GAT-053.2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/06/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/06/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas

FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Brandon Quintero CARGO: Conductor

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Sitio de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formula.

Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:

- B: Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atencion inmediata y provisional

b) Se brinda a una persona lesionada o enferma

c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a) Jefe o lider

b) Grupo de brigadistas

c) Cualquier persona

d) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E Rosado
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

102

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Dayhan Ubarnes CARGO: ayudante

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a)Jefe o lider
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) a y b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/06/2023
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/06/2023

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Paola Fernanda S. CARGO: Insp. SST

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a) Jefe o líder
b) Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) a, b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R. Granados
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1014

	FORMATO	Código: FT-GAT-803.2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2020
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2020

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigada

FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Andrés Cordero CARGO: Residente de Obra

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de los siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formula.

Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:

- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atencion inmediata y provisional

b) Se brinda a una persona lesionada o enferma

c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a)Jefe o lider

b)Grupo de brigadistas

c) Cualquier persona

c) son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

José R. Posada
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadistas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alexis Cuervo CARGO: Ofici

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las respuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atención inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todos los anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a) Jefe o lider
b) Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E. Granados
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1 de 1

	FORMATO	Código: FT-GAT-063-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Comprensión Bayardo
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Melvin Mora CARGO: Ofici

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
~~c) Todas las anteriores~~

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a)Jefe o lider
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
~~d) a y b son correctas~~

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R. Granados
Firma Responsable Capacitación

Melvin Mora
Firma Trabajador

107

	FORMATO	Código: PT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Alberto lara CARGO: Ayudante

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de los siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a) Jefe o lider
b) Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona

a y b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R Palencia
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

	FORMATO	Codigo: FT-GAT-002-J
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2020
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2020

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Sharon Fig P CARGO: Sharon Fig P

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responde las siguientes preguntas que el facilitador formula
Las respuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atención inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a)ella o el
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) Ninguna son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E. Arenas
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1019

	FORMATO	Código: FT-GET-003.2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformación Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jeferson Vargas CARGO: oficial

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de los siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		✓		
2	Metodología empleada		✓		
3	Manejo del grupo		✓		
4	Solución de inquietudes		✓		
5	Puntualidad		✓		
6	Manejo del tiempo		✓		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		✓		
2	Profundidad en los contenidos		✓		
3	Orden en la presentación de los contenidos		✓		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		✓		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		✓		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		✓		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		✓		
2	Horario de la capacitación		✓		
3	Salón de la capacitación		✓		
4	Ayudas y material empleados		✓		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule:
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atención inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	✓		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a) Jefe o lider
b) Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) b son correctas

Calificación	B	R	M
	✓		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R. Arrieta
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1020

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Eliecer Mora CARGO: Oficial

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros; por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		✓		
2	Metodología empleada		✓		
3	Manejo del grupo		✓		
4	Solución de inquietudes		✓		
5	Puntualidad		✓		
6	Manejo del tiempo		✓		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		✓		
2	Profundidad en los contenidos		✓		
3	Orden en la presentación de los contenidos		✓		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		✓		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		✓		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		✓		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		✓		
2	Horario de la capacitación		✓		
3	Salón de la capacitación		✓		
4	Ayudas y material empleados		✓		

Observaciones: —

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a)Jefe o lider
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
a y b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

—

Respuesta

—

Calificación	B	R	M
	—		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose L Pinzon
Firma Responsable Capacitación

Eliecer
Firma Trabajador

	FORMATO	Código: FT-GAT-003.0
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios y Conformacion Brigadas
FECHA: 12-8-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Benjamin Ramos CARGO: Ayudante

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		✓		
2	Metodología empleada		✓		
3	Manejo del grupo		✓		
4	Solución de inquietudes		✓		
5	Puntualidad		✓		
6	Manejo del tiempo		✓		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		✓		
2	Profundidad en los contenidos		✓		
3	Orden en la presentación de los contenidos		✓		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		✓		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		✓		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		✓		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		✓		
2	Horario de la capacitación		✓		
3	Salón de la capacitación		✓		
4	Ayudas y material empleados		✓		

Observaciones:

Evaluacion del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule:
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B: Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a) Jefe o lider
b) Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose P. Granados
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1072

	FORMATO	Codigo: FT-SAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Samuel Mesa CARGO: Operador

Este evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		✓		
2	Metodología empleada		✓		
3	Manejo del grupo		✓		
4	Solución de inquietudes		✓		
5	Puntualidad		✓		
6	Manejo del tiempo		✓		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		✓		
2	Profundidad en los contenidos		✓		
3	Orden en la presentación de los contenidos		✓		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		✓		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		✓		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		✓		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		✓		
2	Horario de la capacitación		✓		
3	Salón de la capacitación		✓		
4	Ayudas y material empleados		✓		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
¿Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atención inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a)Jefe o lider
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
d) b y c son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E. Palencia
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1023

	FORMATO	Código: FT-GAF-803-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2020
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2020

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Camilo Barco. CARGO: Camilo B - Operador

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta lo siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formula.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
X) todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a)Jefe o lider
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
X) a y b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R. Ramirez
Firma Responsable Capacitación

Camilo B.
Firma Trabajador

1029

	FORMATO	Código: FT-GAT-083-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2020
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2020

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas
FECHA: 13-11-2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jona Sanet CARGO: Practicante Social

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de los siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atención inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
X) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a)Jefe o líder
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
X) a y b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

	FORMATO	Codigo: FT-GAT-003.2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2020
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2020

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Auxilios - Conformacion Brigadas

FECHA: 12-11-2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CARGO: OFC.

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo		X		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Sede de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las respuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

Que es un primer auxilio?

Respuesta

a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
X) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Quienes conforman la brigada

Respuesta

a)Jefe o lider
b)Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
X) b y b son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R. Ramirez
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

1026

	FORMATO	Código: FT-GAT-033-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/06/2023
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/06/2023

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: 355
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Primeros Aux 1105 - Conformacion Brigadas
FECHA: 12-11-2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Andres felipe lopez CARGO: AUX Ingenieria.

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		X		
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo		X		
4	Solución de inquietudes		X		
5	Puntualidad		X		
6	Manejo del tiempo				

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos		X		
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitacion		X		
2	Horario de la capacitación		X		
3	Salón de la capacitación		X		
4	Ayudas y material empleados		X		

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las respuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1
Que es un primer auxilio?

Respuesta
a) Atencion inmediata y provisional
b) Se brinda a una persona lesionada o enferma
X c) Todas las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2
Quienes conforman la brigada

Respuesta
a) Jefe o lider
b) Grupo de brigadistas
c) Cualquier persona
X d) Ay o son correctas

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E. Posada
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

ANEXO 2.5H REGISTRO DE ASISTENCIA A INDUCCION SST

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Oficina Principal	27	10	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	Manejo Ambiental de Obra – MAO Buenas prácticas ambientales. Importancia, utilidad y magnitud de la obra. Explicación sobre la necesidad de atender y aplicar las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo Funcionamiento del Sistema de Seguridad Social EPS, AFP y ARL. Aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. Actividades a desarrollar en cada estándar: Recursos, Gestión Integral del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Gestión de la Salud, Gestión de Peligros y Riesgos, Gestión de Amenazas, Verificación del SG-SST, Mejoramiento Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos, incluyendo los Elementos de Protección personal según el riesgo. Reporte e investigación de accidentes de trabajo. Responsabilidades del empleador y el trabajador. Plan de Prevención y Preparación ante emergencias.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Maria Isabel Sanz	1.014188775	Asistente Adm	M. Isabel S
2	Ana Paola Camargo	1075683489	Contadora	
3	David Esteban Tovar	1010186671	Mensajero	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre Jenny Cuartas **Firma** Jenny Cuartas

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá	10	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Mapa ambiental de Obra MAO - Buenas Practicas Ambientales importancia, Utilidad y magnitud de la obra - Explicación sobre las necesidades de Atender y aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema Social EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad Industrial y Salud en el Trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. - Identificación de Peligros - Evaluación y Valoración de Riesgos; Involucrando los Elementos de Protección Personal, Seguimiento Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de emergencias Socialización Política
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Luis Mario Luna Sanchez	80813483	Vigilante	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Jose L. Granados | Firma: Jose L Granados

1030

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	28	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de Obra MAO - Buenas Practicas Ambientales Importancia, Utilidad y magnitud de la obra - Explicacion sobre las necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema General EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad Industrial y Salud en el trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial - Identificacion de Peligro, Evaluacion y valoracion de Riesgos: Incluyendo los Elementos de Proteccion Personal segun el Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencias - Socializacion Politicas.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Brandon Quintero	1000515115	Conductor	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Jose P. Prandes. Firma: Jose P. Prandes.

1031

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá	27	10	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de obra MAO - Buenas prácticas ambientales - Importancia, utilidad y magnitud de la obra - explicación sobre las Necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema Social EPS, AFP, ARL - Aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial - Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos Incluyendo los Elementos de Protección Personal Según el Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencias - Actividades Rutinarias
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación específica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	José Rodrigo Pavacuta Palacio	3.186.298	Inspector SST	José R. Pavacuta
2	Andres Felipe Lopez Sua	1010234991	Aux Ingeniero	
3	Erica de Jesus Sanchez Tovar	52330 248	Residente Social	
4	Evelyn Andrea Coloracho	86066 629	Ingeniero Residente	
5	Jenny Cuesta Palacio	1073 135 245	Residente Ambiental SST	Jenny Cuesta.
6	Gustavo Alberto Lopez Duque	80920 331	Especialista Estructural	Gustavo Lopez.
7	Jose Miguel Amaranta Duran	4201 982	Especialista PMT	Miguel Amaranta
8	Cesar Gustavo Ospina Montilla	79410219	Director de Obra	Cesar Ospina.
9	Angie Katherine Pardo Ramirez	1018453666	Residente de Obra	Angie Pardo
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre Jenny Cuesta Palacio | Firma Jenny Cuesta

1032

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá	04	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de Obra - Mapa Riesgos Practicas ambientales importancia, Olfidad y magnitud de la obra - Explicación sobre las necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el trabajo - Funcionamiento del Sistema Social, EPS - AFP - ARL - Aspectos de seguridad industrial, y salud en el trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial - Identificación de Peligros - Evaluación y Valoración de Riesgos - Incluyendo los Elementos de protección personal. Según la Riesgo - Reporte de AT, EL y Incidentes - Plan de Emergencias y Simulacros
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Henry Olivera	1121764	Inspector	Henry Olivera
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre José E Doncel | Firma José E Doncel

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá.	04	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de Obra - Buenas Practicas ambientales Importancia, Utilidad y magnitud de la Obra - Explicacion sobre las necesidades de Atender y aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento de sistema. Social, EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad, Industrial y Salud en el Trabajo - Reglamento de Higiene y seguridad Industrial - Identificacion de Peligros - Evaluacion y Valoracion de Riesgos - Incluyendo los Elementos de Proteccion personal segun el Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de emergencias - Socializacion Politica en
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	Jhon Jairo Gonzales	80857488	Operador M	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Jose Rodrigo Granada Palencia | Firma: Jose R. Granada

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bodega.	04	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cual? Manejo ambiental de Obra MAO - Buenas Practicas ambientales - Importancia, Utilidad y magnitud de la obra - Explicacion sobre las Necesidades de atender y aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema. Social eps; AFP, ARL - Aspectos: de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. - Identificacion de Peligros, Evaluacion y Valoracion de Riesgo incluyendo los Elementos de Proteccion Personal segun el Riesgo - Reporte AT y Incidentes - Plan de Emergencias Socializacion Politicas.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Sheantha Duarte	1085076903	Aydante	
2	Benjamin Ramos	85203986	Ayx	
3	Angelmiro Montero S	9534921	oficial	
4	Jeferson Vargas	1003407728	oficial	
5	Alexis Cuervo C.	80063858	oficial	
6	Dylan Quintero Pena	1015440737	oficial	
7	Samuel Mesa	8014895	operador	
8	Eliecer Mora	1062745539	Oficial	Eliecer
9	Nelson Mora	79 724 832	Oficial	Nelson Mora
10	alfonso Montero	80372995	Oficial	
11	Paola Fernanda Sanchez Bandi	1000601968	HSEQ	
12	Maria del Mar Sanchez	52350747	Psicol	
13	Juan Jairo Gonzales	80857438	operador	
14	Miguel Mesa	8010/895	operador	
15	Juan Camilo Bayo	1005743034	operador	Camilo Bayo
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose Rodrigo Granada Palacio	Firma	Jose R Granada

1035

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá	20	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de Obra MAO - Buenas Practicas Ambientales Impactos, Utilidad y magnitud de la obra - Explicacion sobre las novedades de Atencion y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema Social, EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguimiento Industrial y Salud en el Trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, Identificacion de Peligros - Evaluacion y Valoracion de Riesgos incluyendo los elementos de Proteccion Personal, segun el Riesgo, Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencias Socialización Auditiva
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Pablo Santa Murillo	cc 9312243	Ayudante	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre José R. Palencia | Firma José R. Palencia

1036

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 10-NOV-2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Luis Alberto Lara Sanchez **CEDULA:** 5089134 23

AREA/SECCION: Operativo **CARGO:** Auxiliar

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Gonzalez

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 5089134 23

Yenny Cuesta

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435748.

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 28/10/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Brandon Quintero CEDULA: 1000515115

AREA/SECCION: Tecnico Operativo CARGO: Conductor

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose P. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecta mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1000515115

Yenny Costa
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27 Octubre 2025 **INDUCCIÓN** ☒ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Angie Katherine Pardo Ramirez **CEDULA:** 1018453666

AREA/SECCION: Obras **CARGO:** Residente de Obra

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Yeuly Cortes

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Angie Pardo

Firma del Trabajador
c.c. 1018453666.

Yeuly Cortes

Firma de Responsable del SG-SST
c.c. 1077435248

1029

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 23/10/2025 **INDUCCIÓN** ☒ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Froilán Andrés Colorado **CEDULA:** 8606629

AREA/SECCION: Técnica **CARGO:** Residente de Obras

ENCARGADO DE LA INDUCCION: José P. Granadillo

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duracion de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 8606629

Yenny Cuesta

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1097435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 22/10/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Jenny Rocio Sanchez Forero **CEDULA:**

AREA/SECCION: Aseo **CARGO:** Auxiliar Aseo

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 52330247

Jenny Cristy

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1097435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Andres Felipe Lopez Sua CEDULA:

AREA/SECCION: obra CARGO: Auxiliar de ingeniera

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1010234997

Yenny Bueno

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1097435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Jose Rodrigo Pineda Palacio CEDULA: 3.186.298

AREA/SECCION: SST CARGO: Inspector SST

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Yeamy Cuesta

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comitas, Plan de Emergencias.Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Jose Rodrigo Pineda Palacio
Firma del Trabajador
C.C. 3.186.298

Yeamy Cuesta
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077433248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Jose Miguel Argumta Duran **CEDULA:** 1.207.582.

AREA/SECCIÓN: Tecnico **CARGO:** Especialista PMI

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose D. Granada

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Miguel Argumta.
Firma del Trabajador
c.c.1207582.

Yenny Cortes.
Firma de Responsable del SG-SST
c.c.1097435218

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCION EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Gustavo Alberto lopez Duque **CEDULA:** 80720331

AREA/SECCION: Tecnico **CARGO:** Especialista Estructuras

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose P. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Gustavo Lopez
Firma del Trabajador
c.c.80.720.331

Yenny Cuesta
Firma de Responsable del SG-SST
c.c. 1.097.435.248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Oscar Gustavo Ospina **CEDULA:** 79410219.

AREA/SECCION: Tecnico **CARGO:** Director de Obra.

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Cesar Ospina
Firma del Trabajador
c.c. 79410219

Yenny Cerpa
Firma del Responsable del SG-SST
c.c. 1097435218

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Yeanny Cuesta Palacios **CEDULA:** 1.097.435.248

AREA/SECCIÓN: Ambiental - SST **CARGO:** Residente Ambiental - SST

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Pranchi

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Politica de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guias-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorias Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Yeanny Cuesta
Firma del Trabajador
c.c. 1097435248

Yeanny Cuesta
Firma de Responsable del SG-SST
c.c. 1097435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Juan Jose Gonzales **CEDULA:**

AREA/SECCIÓN: Operativo **CARGO:** Operador Maquinaria

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose A. Fresneda

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 3085 938

Jenny Cerita
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435 248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 **INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN**

NOMBRE: Henry Urueña **CEDULA:** 12127642

AREA/SECCION: Tecnico: electricista **CARGO:** Instalador

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Henry Urueña T

Firma del Trabajador

c.c. 12127642

Yenny Cortes

Firma de Responsable del SG-SST

c.c.1094435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: SAMUEL MESA **CEDULA:** 80101895

AREA/SECCION: OPERATIVO **CARGO:** OPERADOR

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose P. Ramirez

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 80101895

Yesmy Cortes

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435216

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Dylan Osorio Pérez CEDULA: 1015464737

AREA/SECCION: Operativo CARGO: Aprendiz

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Granada

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las politicas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Politica de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guias-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorias Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1015464737

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

1051

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Jose Altair Cuervo Cuervo **CEDULA:** 80093 850

AREA/SECCION: Operativo **CARGO:** oficio

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 80093 850

Yenny Costa
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

10 52

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Eliecer Mass CEDULA: 1026274539

AREA/SECCION: Operativo CARGO: Oficial

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R Granada

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Eliecer
Firma del Trabajador
C.C. 1026274539

Yenny Cueto
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Jackeline Fernanda Sanchez Barajas CEDULA: 1000621468

AREA/SECCION: SST CARGO: Aprendiz SST

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1000621468

Yenny Costa
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077453248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Elver Tovar Romero **CEDULA:** 1085035407

AREA/SECCION: TECNICO OPERATIVO **CARGO:** Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose E. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guias-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorias Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa. PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1085926403

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04/11/2020 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Benjamin Ramos CEDULA: 85203980

AREA/SECCION: Tecnico - operativo CARGO: A x K

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Grandon

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Benjamin Ramos
Firma del Trabajador
C.C. 85203986

Yenny Cuesta
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

1056

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04 Nov 2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Nelson Mora **CEDULA:** 7192337

AREA/SECCION: Operativo **CARGO:** Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas o informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Nelson Mora

Firma del Trabajador

C.C. 7192337

Yenny Cuesta

Firma de Responsable del SG-SST

C.C. 1097435248

1057

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04 NOV 2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Angel Mire Montes CEDULA: 953421

AREA/SECCION: Ejecutivo CARGO: Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose A. Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C.

953421 Yenny Cuesta

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435248

1058

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04 Nov 2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Jeferson Ricaurte **CEDULA:** 1003909428

AREA/SECCIÓN: Operativo **CARGO:** Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R Bonilla

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
c.c. 1003909428

Yeruy Cortes
Firma de Responsable del SG-SST
c.c. 1097135248

1039

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 06 Nov 2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Juan Camilo Borja **CEDULA:** 1005743034

AREA/SECCION: Operativo **CARGO:** Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose L Ramirez

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Camilo Borja
Firma del Trabajador
C.C. 1005743034

Yenny Cortes
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1071435248

1060

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 04 Nov 2025 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Alfonso Ventura **CEDULA:** 80327915

AREA/SECCION: Operativo **CARGO:** Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R Peinado

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 80327915

Yenny Costa.
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1117435240

1061

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 20/11/2025 **INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN**

NOMBRE: Pablo Santa maturbo **CEDULA:** 93124243

AREA/SECCION: operativa **CARGO:** Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose Plamadia

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Pablo Santa m

Firma del Trabajador
C.C. 93124243

Yany Cano

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1067932498

1062

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 29/10/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: DAVID ESTIVEN TOVAR QUIÑONEZ CEDULA: 1010186671

AREA/SECCION: ADMINISTRATIVO CARGO: MENSAJERO

ENCARGADO DE LA INDUCCION: [signature]

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guias-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorias Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

[signature]
Firma del Trabajador
C.C. 1010186671

[signature]
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1122735240

1063

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/25 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Hana Isabel Suarez Rodriguez CEDULA: 1.014183775

AREA/SECCION: Administración CARGO: Asistente administrativo

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Yenny Cuesta

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la Inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Hana Isabel Suarez R

Firma del Trabajador

C.C. 1014183775

Yenny Cuesta

Firma de Responsable del SG-SST

C.C. 1071733148

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 27/10/25 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Sara Paola Camero Bueños **CEDULA:** 1075683489

AREA/SECCION: Contabilidad **CARGO:** Contadora

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Yenny Cortes

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
c.c. 1075683489

Yenny Cortes

Firma de Responsable del SG-SST
c.c. 1077433208

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Luis A. Leal S. FECHA: 10/11/2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso que genera lesión o consecuencias físicas o fisiológicas por causa o motivo del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Cuando una persona se expone por acción o acto a un riesgo
2. Situación en el ambiente o lugar de trabajo que ocasiona riesgo al Personal

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. casco
2. Gafas
3. Guantes

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Reportar Estado de Salud
2. Usar EPPS Correctamente

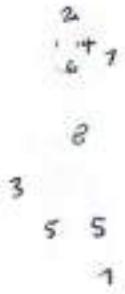
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Control velocidad
Distracción
uso alcohol y drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Brandon Quintero FECHA: 28/11/2025
CARGO: Conductor

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Todo que genere lesiones

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Conducir sin Cinturon de Seguridad
2. Parquear en lugar:

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Asistir a Capacitaciones
2. Reportar novedades de Seguridad y Salud

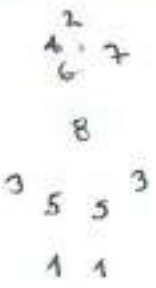
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Aprobechable: No Aprobechables: Organicos Aprobechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Fatiga.
Velocidad
Distraccion

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Yenny Lucila Palacios FECHA: 27-10-2023
CARGO: Ing. Residente Ambiental y SST

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Todo suceso que cause en el trabajador perturbación funcional o la muerte.

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Los actos inseguros son los que cometen las personas
2. (la) Condiciones inseguras) los que estan en el medio

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. (casco
2. Botas)
3. Gafas)

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

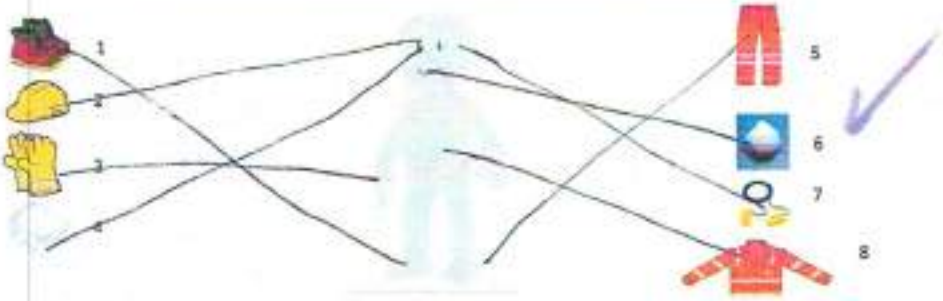
1. Asistir a las capacitaciones
2. Cumplir con las políticas de la empresa.

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

R. Aprovechables | R. Ordinarios no aprovechables | R. orgánicos no aprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Alta velocidad al conducir
Gestión de Riesgos críticos viales Fatiga.

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Argie K. Pardo Ramirez FECHA: 27 Oct. 2025
CARGO: Residente de obra

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Suceso repentino que puede ocasionar lesiones graves o muerte

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Pasar por un desnivel
2. Desnivel.

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Botas
3. Gafas.

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

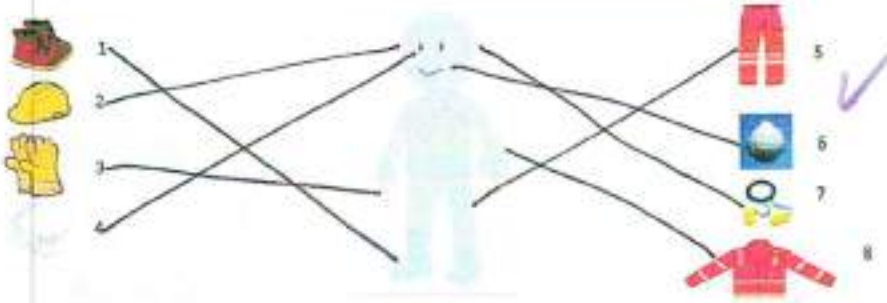
1. Informar mi condición de salud.
2. Asistir a las capacitaciones

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos Aprovecha. | Residuos No Aprov. | Residuos Org. Aprov.



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Prevención de Fatiga
Gestion de Velocidad segura
Prevención de distracción

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Jair Pedraza Parada Alvarez FECHA: 29 / 10 / 2025

CARGO: Inspector SST

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Toda lesión repentina que sobre venga por causa o Ocasión del trabajo. y/o que ocurre dentro "psicología"

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Omitir la señalización de No pase
2 Equipo o maquinaria en mal estados de Operación.

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1 Casco
2 Botas
3 Botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1 Asistir a las Reuniones de Charlas Diarias y Capacitaciones
2 Cumplir con el Reglamento de Higiene y Seguridad.

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

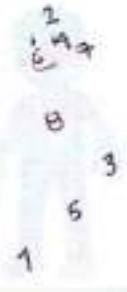
A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos Aprovechables



Residuos No Aprovechables



Residuos Orgánicos Aprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
- Control de Velocidad.
- Distracciones.
- Control Alcohol.

APROBADO

1070

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Jenny Sanchez FECHA: 27/10/2025

CARGO: Residente Social

1.) Qué es un accidente de trabajo?:
Todo suceso imprevisto que ocurre por causa o ocasión del trabajo y/o que genere daño psicológico

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Omitir la señalización de un hoyo
2. Equipo o Maquina en mal estado de operación

3.Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

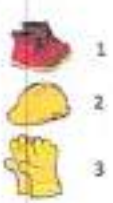
5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Hacer uso Reporte de Condi Peligrosas y Capacitaciones
2. Cumplir con Reglamento de Higiene y Seguridad

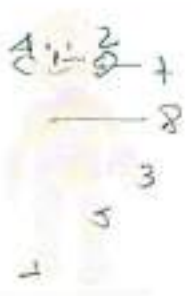
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:





7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponda cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
- Control de Velocidad
- Distracción
- Control Alcohol.

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Andres felipe lopez Sa FECHA: 27/10/2025
CARGO: Auxiliar de ingeniera

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Cualquier suceso repentino que me pueda causar una lesion

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Ingresar a obra sin EPP
2. usar el arnes sin eslinga y la zona no demarcada

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. guantes
3. Botas de Seguridad

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Asistir a todas las actividades de Seguridad
2. Notificar los accidentes

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.



B.



Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del psav

Distraccion
Fatiga
Velocidad

APRADBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: José Miguel Angarita FECHA: 27/10/2025
CARGO: Especialista PMT

1. Qué es un accidente de trabajo?: Suceso repentino que cause lesion

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Conducir a manera Temeraria.
2. No colocar y PMT.

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Botas
2. Casco
3. Monogafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Cumplir con las Políticas
2. Reporta Estados de Salud.

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

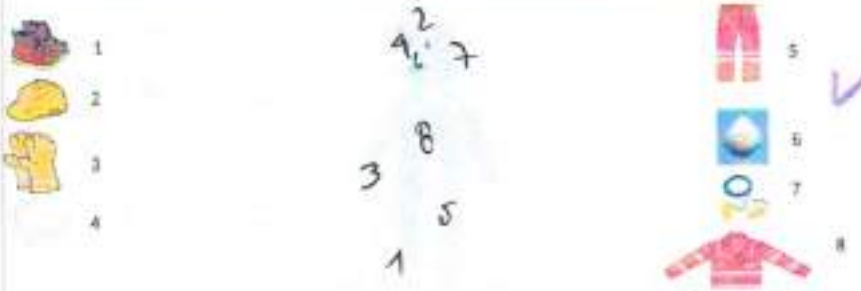
A. 

[ ]

B. 

[X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos Aprovechable | Residuos No Aprovechables | Residuos Organicos Aprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Retroalimentación
Control Velocidad.
Alcohol y Drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Gustavo Alberto Lopez FECHA: 27/10/2025
CARGO: Especialista Estructuras

1. Qué es un accidente de trabajo?: todo Suceso repentino que Cause lesion

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. trabajar Sin EPP
2. Ingresar a un Predio en Condicion.

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Uso de EPP
2. Reportar Incidentes

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:


1


2


3

4




5

6

7

8

7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Ubicidad.
Distracion
Drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Cesar Gustavo Orjuela FECHA: 27/10/2025
CARGO: Director de Obra

1. Qué es un accidente de trabajo?: Suceso Repentino que Causa lesion.

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Trabajar en Alturas Sin Arnes.
2. Excavar sin Señalizacion

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Asistir a las Capacitaciones
2. Reportar Accidente e Incidente

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

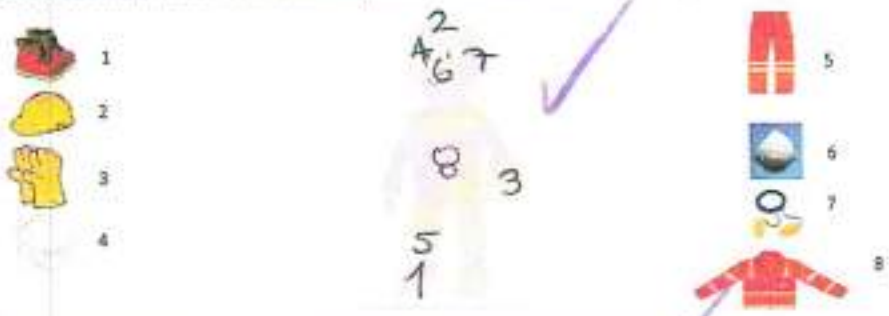
A. 

[ ]

B. 

[X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Control de Velocidad
Alcohol
Distraccion

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Andrés Colorado FECHA: 27/10/2025
CARGO: Residente de Obra

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Todo aquello que genere lesiones al trabajador

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Uso del guaral sin eslinga
2. Excavacion sin señalizacion.

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Guantes
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Asistir a las Capacitaciones
2. Reportar los incidentes de Seguridad y Salud laboral

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

fatiga
Velocidad
Alcohol y droga
Distracción.

APROBADO

1076

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Jhoy Lyuis Gonzales FECHA: 04/11/2025
CARGO: Operador Maquinaria

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso que genera Lesión o consecuencia Física o Mental debida por el trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Acto es cuando un trabajador por descuido se expone a una situación de riesgo
2. Condición es Situación del ambiente o lugar del trabajo que genera riesgo

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. casco
2. Botas
3. overol

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		✓
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Reportar estado de salud
2. uso de EPP

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  ☐

B.  ☒

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del peav
control velocidad
No alcohol y drogas
distracción

APROBADO

1077

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Samuel Mesa FECHA: 04/11/2025
CARGO: Operador

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso Repentino ocurrido por causa del trabajo que ocasiona Consecuencias Físicas o Psicologicas en la Persona

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Acto es realizado por las Personas exponiendose a un riesgo
2. Situacion del lugar de trabajo que genera un riesgo

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1 Guantes
2 Tapabocas
3 Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Utilizar EPP obligatorios
2 Reportar Condiciones de Salud

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

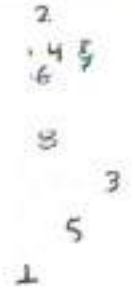
A. 

B. 

X

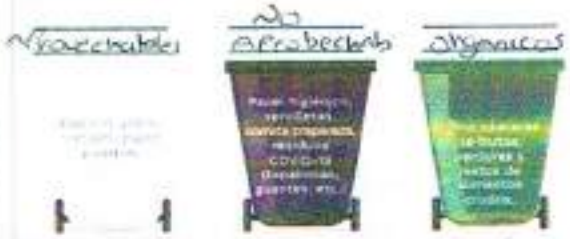
Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:


1
2
3
4


2
4
6
8
3
5
1


5
6
7
8

7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
distracción
Control velocidad
No alcohol y drogas

APROBADO

1079

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Paola Fernanda Suarez Bayona FECHA: 04/11/2025
CARGO: Instructora SST

1. Qué es un accidente de trabajo?: Suceso Repentino que Sobreviene por Causa y ocasión del Trabajo y que genera una lesión o Enfermedad Física o emocional en el colaborador

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Acto inseguro: Exposición de un Colaborador a una situación que Presenta un Riesgo Para el mismo
2. Condición Insegura: Situación del lugar o ambiente de trabajo que genera un Riesgo al colaborador

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco.
2. Botas.
3. Guantes.

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		✓
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Cumplir los Políticas establecidas Para la Compañía.
2. Reportar Estado de Salud, Condiciones que genera un Riesgo.

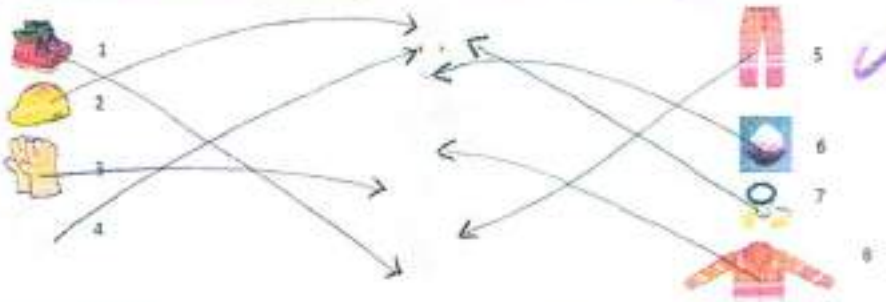
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Aprovechables | No aprovechables | Organicos



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Control de Velocidad
Alcohol y Drogas
Distracción

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Henry Jurado FECHA: 04 | 11 | 2025
CARGO: Inspector

1. Qué es un accidente de trabajo?: Suceso Repentino que Genera Una Lesión Corporal Física o Psicológica por Motivo del Trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Acto Inseguro: No Usar los Elementos de Seguridad
2. Condición Insegura: Ausencia del Extintor en Área de Trabajo Combustible

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas y
3. Overol

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		V
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Reportar Estado de Salud
2. Reportar Accidentes y Actos Inseguros

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [✓]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Control Velocidad
Distracción
No alcohol y Drogas

APROBADO

1080

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Alexis Cuervo FECHA: 04/08/2025

CARGO: Ay

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso repentino por el trabajo el cual ocasiona lesión en el colaborador o emocional

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Acto es ya la persona se arriesga a algún riesgo de accidente laboral
2. Condición es infraestructura del lugar o ambiente de trabajo que genera un riesgo para el colaborador

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Botas
2. Casco
3. Guantes

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Usarle con los pesos del tipo de trabajo los EPS
2. Reportar todo de salud

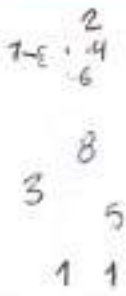
6. De las siguientes Imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Control velocidad
Alcohol y Drogas
Distracción

APROBADO

1081

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Eliecer mora FECHA: 04/11/2025

CARGO: Ay

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso repentino por el trabajo el cual genera consecuencias fisicas o biologica en el colaborador

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. El colaborador se expone por si mismo en una Situacion de riesgo
2 Situacion del lugar o ambiente de trabajo

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Gafas
3. Guantes

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

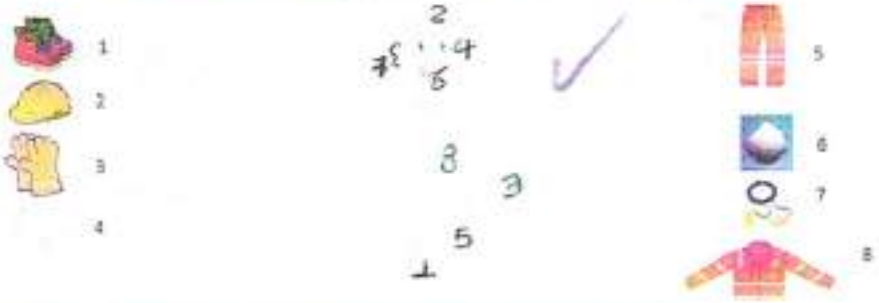
5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Usar epp's
2. Reportar Estado de Salud

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

aprovechable | No aprovechable | organicos



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Control velocidad
Alcohol y Drogas
Distraccion

APROBADO

1082

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Ubaldina Rivera FECHA: 04/07/2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Un accidente de trabajo es cuando ocurre

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. No usar los EPP
2. Está ausente de un derrumbe

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Botas
3. Guantes

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Cuidar una misma como trabajador
2. Velar por el bien de nuestra

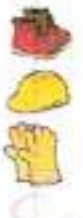
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos Aprovechables | Residuos no aprovechables | Residuos orgánicos aprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Estilos de vida saludable
Fatiga y somnolencia

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Benjamin Ramos FECHA: 04/07/2025
CARGO:

1. Qué es un accidente de trabajo?:
un accidente de trabajo es cuando recibimos un daño

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. No uso de los EPP
2. Este diseño de un diseño

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Chaleco

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. cuidar una mipres fase fundida
2. Con los elementos de seguridad

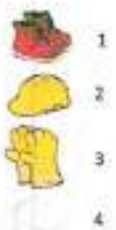
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:
Residuos Aprovechables Residuos Orgánicos Aprovechables Residuos No Aprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Distracciones
Fatiga
Velocidad

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Yeison Chacon FECHA: 04/11/2025
CARGO: Oficial

1. Qué es un accidente de trabajo?: Suceso repentino con Causa del trabajo que genera consecuencias físicas en el Colaborador

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Omisión de la persona a un Riesgo Por descuido
2. Orden y aseo del lugar Donde se trabaja

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Guantes
3. Botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		V
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		V

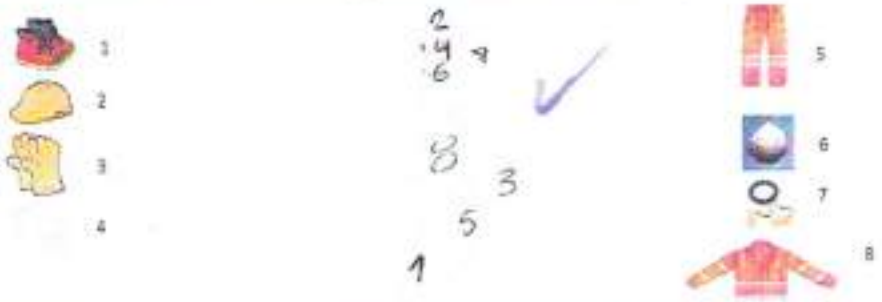
5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Cumplir Reglas de la empresa
2. Reportar condiciones de Salud

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  ☐

B.  X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

aprovechables Organicos



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del peev
Control velocidad
Distracción
no alcohol y Drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Angel Diaz FECHA: 04/11/2025

CARGO: Op

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Suceso que ocurre bajo cualquier forma en el desempeño del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Trabajar sin los epps para evitar un accidente
2. Señalización del entorno de trabajo en buen estado para evitar accidentes

3.Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Guantes
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		✓
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Cumplir con las Políticas
2. Reportar Accidentes de Trabajo

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Control velocidad
Alcohol y drogas
Distracción

APROBADO

1 de

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Neisa Mora FECHA: 04 / 11 / 2025

CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Suceso que genera una lesión, consecuencia física o psicológica por causa del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Acción de una persona con exposición a un riesgo generado por si mismo
2. Situación del ambiente o lugar de trabajo que presenta un riesgo

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1 Casco
2 Guantes
3 botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad ¡podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		✓
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Reportar estado de Salud, actos y condiciones inseguras
2 Asistir a Capacitaciones charlas y Programas de

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Distracción
Control Velocidad
No Alcohol y Drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Jeferson Vargas FECHA: 04/11/2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso que genera una lesión fisiológica psicológica o fisiológica por causa del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Cuando una persona se cae a un hueco por descuido
2. Ubicación del cambuche en lugar de trabajo mal ubicado

3.Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Gafas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Asistir a charlas capacitaciones
2. Reportar estado de salud

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

APROBADO

8. Nombre los programas del pesv
Control velocidad
Distracción
Consumo alcohol y drogas.

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Alfonso Valtierra FECHA: 04 Nov 2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso que genera una lesion, consecuencia Fisica o psicologica por causa del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Cuando una persona se expone por si misma causando riesgo
2. Situacion del ambiente o lugar de trabajo

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. guantes
2. casco
3. tapabocas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		+
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		x

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Cumplir con el uso de epp
2. Reportar estado de salud

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:


1


2


3

4





7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

aprovechable no aprovechable organicos





- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
control velocidad
distraccion
no alcohol y drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Juan Camilo Borja FECHA: 04 Nov 2025
CARGO: Operador

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Situación que pone en riesgo genera un accidente lesión por motivos del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Cuando una persona se pone en riesgo por si mismo
2. Situación del ambiente o lugar de trabajo

3.Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. casco
2. Botas
3. Overol

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Cumplir con el uso de epps.
2. reportar condicion de salud

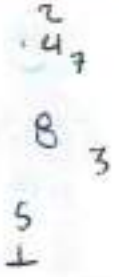
6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  ☐

B.  X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

aprovechable NO aprovechable ORGANICOS



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
control velocidad
Distraccion
no alcohol y drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Ana Paola Camargo FECHA: 17/10/25

CARGO: Contadora

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Es todo suceso que causa a la persona una lesión o herida producida en una labor del trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. No usar elementos de protección
2. Resto de trabajo en mal estado

3.Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Tapabocas (cuando toca Dmh)
2. _____
3. _____

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

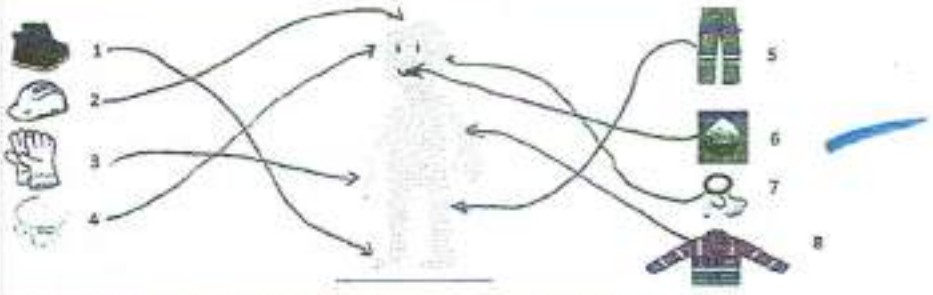
1. Conocer las Políticas del SG-SST
2. Cuidar con las normas de seguridad

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos aprovechables

Residuos no aprovechables

Residuos orgánicos aprovechables



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del peiv

- Programa de gestión de velocidad Seguro
- Prevención de la distracción

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-009
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Diana Isabel Suarez. FECHA: 27/10/25

CARGO: Asistente administrativo

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso que causa a una persona herida en su lugar de trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. No usar epp.
2. puesto de trabajo en mal estado

3. Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. tapabocas
2. _____
3. _____

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		

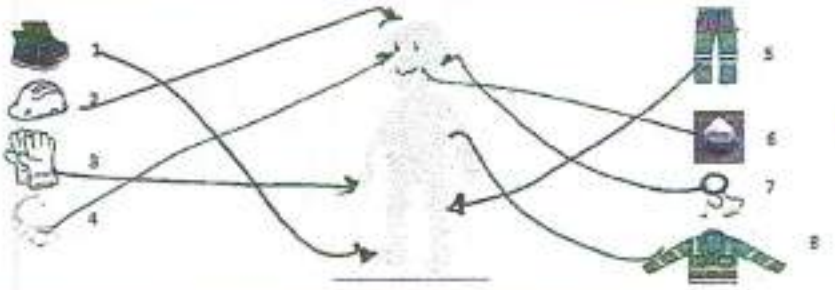
5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Conocer Políticas SG-SST.
2. Cumplir normas

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  ☐

B.  X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

aprobechables NO aprobechables organicos



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Velocidad
Distracion

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: DAVID ESTIVEN TOVAR FECHA: 27-OCTUBRE-2023
CARGO: MENSAJERO

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Es un acto realizado pero una persona lesionada una actividad dentro el Trabajo

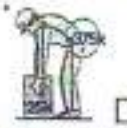
2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Tener mal comportamiento dentro y fuera de la oficina
2. No identificar el lugar donde subsistir

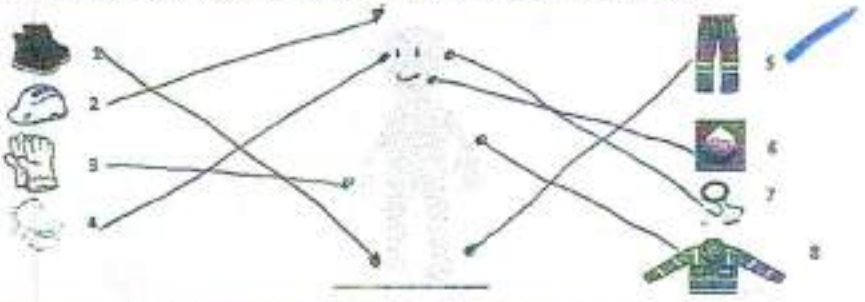
3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. CASCO
2. GUANTE
3. TAPABOCAS

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. TENGO QUE AVISAR AL PERSONAL SST DE CUALQUIER PERCANCE EL CUAL SE PRESENTE
2. TENGO QUE ACATAR LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:
A.  ☐
B.  X ☒

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:


7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al cual corresponde cada color:
BLANCO: PAPEL-CARTON, VIDRIO
NEGRO: ORGANICO
VERDE


- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Velocidad.
Distracciones

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Pablo Santa Cr FECHA: 20/11/2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Todo Actividad que me genere leccion en el Trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Trabajar con Herramientas defectuosas
2. Trabajar en una Area Sin Señalizar

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Guantes
3. Botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Hacer Uso de los Elementos de Proteccion en el Trabajo
2. Asistir a las charlas de seguridad SST

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. [ ] B. [X]



Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Reciduos Aprobechable | Reciduos no Aprobechable | Reciduos or Aprobechable



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del peev

Velocidad
distraccion

APROBADO

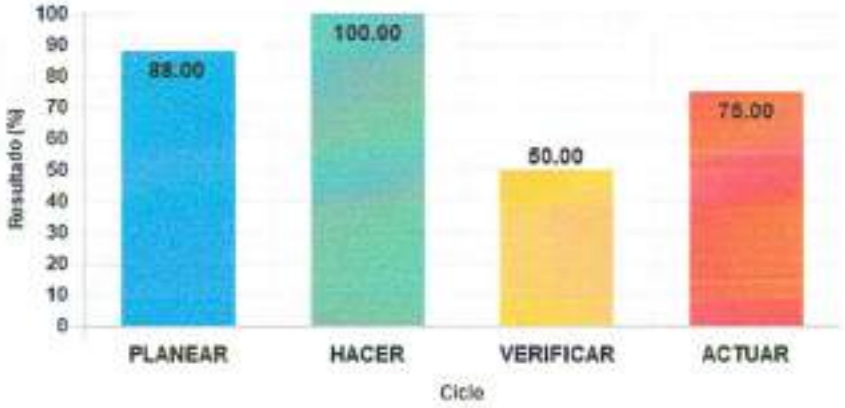
ANEXO 2.5I PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

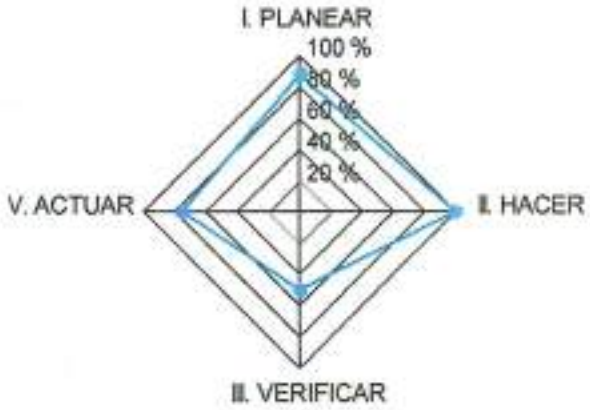
CONSTANCIA

Positiva Compañía de Seguros S.A,. hace constar que la empresa **Demoliciones H&D S.A.S**, identificada con **NI 9001296539** afiliada en el ramo de riesgos laborales, aplicó el **13/10/2025** la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para la vigencia **2025** conforme a la Resolución **0312 del 2019**. Aplicando el capitulo **III** y obteniendo un resultado del **92,00%**, **ACEPTABLE.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados Evaluación por Ciclo





CICLO	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL CICLO OBTENIDO
PLANEAR	25,00%	22,00%	88,00%
HACER	60,00%	60,00%	100,00%
VERIFICAR	5,00%	2,50%	50,00%
ACTUAR	10,00%	7,50%	75,00%
TOTAL	100%	92,00%	92,00%

Resultados Evaluación por Estándar



ESTANDAR		RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL ESTANDAR EVALUADO
PLANEAR	1 RECURSOS (10%)	10,00%	10,00%	100%
	2 GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (15%)	15,00%	12,00%	80%
HACER	3 GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	20,00%	20,00%	100%
	4 GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%)	30,00%	30,00%	100%
	5 GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)	10,00%	10,00%	100%
VERIFICAR	6 VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	5,00%	2,50%	50%
ACTUAR	7 MEJORAMIENTO (10%)	10,00%	7,50%	75%
			TOTAL	92,00%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Las actividades a desarrollar de acuerdo a los resultados obtenidos, serán ejecutadas por la empresa como parte de la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.
Fecha de expedición: **13 octubre 2025.**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/EvaluacionEstandarMinimo/BCEnl?token=31FeqFIy2PiX+Kh2aWLn2w==)

Para verificación de Positiva

1097

ANEXO 2.5J REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

	FORMATO	Código: FT-SST-096
	REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Fecha: 1/08/2025
		Versión: Original

D	M	A	1. Tipo de Reporte: *Marque con una "X"*
20	11	2025	____ Condición subestándar ___ Acto Inseguro ____ Riesgo ambiental ___ Incumplimiento de requisitos

2. Descripcion del reporte detectado: (Responda a los siguientes interrogantes: Qué, Cuando, Donde, Con qué, Quienes, por qué, etc)

NO SE REPORTAN ACTOS Y CONSIDIONES INSEGURAS EN EL PERIDOD DEL PRESENTE REPORTE

Firma Quien Reporta **Firma Quien Recibe Reporte**

Nombre del que reporta :	Área:

Nota: *Para reportar Condiciones y/o Actos inseguros solo diligencia lo parte 1 y 2 de este formato, el resto es responsabilidad de HSEQ.*

3. Plan de Acción a Implementar:

ACCIONES A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			RESULTADO DE SEGUIMIENTO
		D	M	A	
N.A					
N.A					
N.A					

PLAN DE ACCIÓN APROBADOR POR: _____ **CARGO:** _____ **FECHA:** _____

4. Análisis sobre la eficacia de las acciones realizadas:

REALIZADO POR: **CARGO:** **FECHA:**

5. Observaciones:

FECHA DE CIERRE: **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

TERMINOS IMPORTANTES:

- ✓ **ACTO INSEGURO:** Son las acciones u omisiones cometidas por la(s) persona(s), que al violar normas o procedimientos previamente establecidos, posibilitan que se produzcan accidentes o incidentes en las persona(s) o impactos al Ambiente.
- ✓ **CONDICIONES INSEGURAS:** Son aquellas condiciones físicas y materiales presentes en cualquier instalación que puedan originar un accidente o incidentes en la(s) persona(s) o impactos al Ambiente.
- ✓ **RIESGO AMBIENTAL:** se define como la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que afecta directa o indirectamente al medio ambiente.

1099

ANEXO 2.5K PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial con derechos de propiedad y modo notable

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Erika Tatiana Ramos Rojas
Cargo	Auxiliar
Dependencia / Grupo	TECNICO - OPERATIVO

FECHA 04/11/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- [X] b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- [X] b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] a. Masculino
- b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- [X] a. Ninguna
- b. 1 - 3 personas
- c. 4 - 6 personas
- 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)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [X] a. Minimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- [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. ANTIGUEDAD 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [X] a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS

- [X] a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. Si

Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. Si

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

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial del encuesta de paciente y medico tratante

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2026
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Benjamin Ramos Gomez
Cargo	N/A
Dependencia / Grupo	TECNICO - OPERATIVO

FECHA 04/11/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- X d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- X c. Casado (a)/Union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- X a. Masculino
- b. Femenino

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)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- X e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- X a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- 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. ANTIGUEDAD 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- X a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- X f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. SI
- X b. No

Cual: _____

14. FUMA

- a. SI
- X b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- X a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- X a. No
- b. Si

Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- X a. No
- X b. Si

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

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial uso exclusivo de paciente y medico tratante

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSION:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Brandon Quintero
Cargo	Conductor
Dependencia / Grupo	Técnico - Operativo

FECHA 28 | 10 | 2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- [X] b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] a. Masculino
- b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- [X] a. Ninguna
- b. 1 - 3 personas
- c. 4 - 6 personas
- 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)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [X] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- [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. ANTIGUEDAD 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- a. Indefinido
- [X] b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- f. Capacitaciones en SST
- [X] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [X] a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. SI

Diario _____
Semanal 3 días
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. Si

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

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial uso exclusivo de paciente y medico tratante

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Jose Rodrigo Cimada Palacio
Cargo	Inspector SST A
Dependencia / Grupo	SST / Consorcio VB Adecuaciones

FECHA 27/10/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- [ ] a. Menor de 18 años
- [ ] b. 18 - 27 años
- [ ] c. 28 - 37 años
- [X] d. 38 - 47 años
- [ ] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [ ] a. Soltero (a)
- [ ] b. Casado (a)/union libre
- [X] c. Separado (a)/Divorciado
- [ ] d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] a. Masculino
- [ ] b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

- [ ] a. Ninguna
- [X] b. 1 - 3 personas
- [ ] c. 4 - 6 personas
- [ ] d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- [ ] a. Primaria
- [ ] b. Secundaria
- [ ] c. Técnico / Tecnólogo
- [X] d. Universitario
- [ ] e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- [ ] a. Propia
- [X] b. Arrendada
- [ ] c. Familiar
- [ ] d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [ ] a. Otro trabajo
- [ ] b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- [ ] d. Estudio
- [ ] e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [ ] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [X] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- [ ] c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- [ ] d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- [ ] e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- [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. 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [ ] a. Indefinido
- [X] b. Provisionalidad
- [ ] c. Libre nombramiento y remoción
- [ ] d. Contrato de Prestación de Servicios
- [ ] e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- [ ] a. Vacunación
- [ ] b. Salud oral
- [ ] c. Exámenes de laboratorio/otros
- [ ] d. Exámenes periódicos
- [ ] e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- [ ] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [ ] a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- [ ] a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [X] a. No
- [ ] b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- [X] a. No
- [ ] b. Si

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- [ ] a. No
- [X] b. Si

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

1100

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial con archivo de paciente y medico tratante

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/05/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	FIDILADO ANDRES COLORADO
Cargo	Residente
Dependencia / Grupo	TECNICA

FECHA 27/10/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- [ ] a. Menor de 18 años
- [ ] b. 18 - 27 años
- [ ] c. 28 - 37 años
- [x] d. 38 - 47 años
- [ ] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [ ] a. Soltero (a)
- [x] b. Casado (a)/union libre
- [ ] c. Separado (a)/Divorciado
- [ ] d. Viudo (a)

3. GÉNERO

- [x] a. Masculino
- [ ] b. Femenino

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

- [ ] a. Primaria
- [ ] b. Secundaria
- [ ] c. Técnico / Tecnólogo
- [x] d. Universitario
- [ ] e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- [ ] a. Propia
- [x] b. Arrendada
- [ ] c. Familiar
- [ ] d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [ ] a. Otro trabajo
- [ ] b. Labores domésticas
- [ ] c. Recreacion y deporte
- [x] d. Estudio
- [ ] e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [ ] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [ ] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- [ ] c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- [ ] d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- [x] e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- [ ] 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. 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [ ] a. Indefinido
- [x] b. Provisionalidad
- [ ] c. Libre nombramiento y remoción
- [ ] d. Contrato de Prestación de Servicios
- [ ] e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- [ ] a. Vacunación
- [ ] b. Salud oral
- [ ] c. Exámenes de laboratorio/otros
- [ ] d. Exámenes periódicos
- [ ] e. Spa (Relajación)
- [x] f. Capacitaciones en SST
- [ ] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [ ] a. Si
- [x] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- [ ] a. Si
- [x] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [x] a. No
- [ ] b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- [x] a. No
- [ ] b. Si

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- [ ] a. No
- [x] b. Si

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

105

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento confidencial uso exclusivo de cabrente y medios bolaria

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/05/2021
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Andres felipe Lopez Sua
Cargo	Auxiliar de Ingeniería
Dependencia / Grupo	Tecnico

FECHA 27/10/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- [ ] a. Menor de 18 años
- [ ] b. 18 - 27 años
- [X] c. 28 - 37 años
- [ ] d. 38 - 47 años
- [ ] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- [ ] b. Casado (a)/union libre
- [ ] c. Separado (a)/Divorciado
- [ ] d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] a. Masculino
- [ ] b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

- [X] 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
- [X] d. Universitario
- [ ] e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- [ ] a. Propia
- [ ] b. Arrendada
- [X] c. Familiar
- [ ] d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [ ] a. Otro trabajo
- [ ] b. Labores domésticas
- [ ] c. Recreacion y deporte
- [X] d. Estudio
- [ ] e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [ ] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [X] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- [ ] c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- [ ] d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- [ ] e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- [ ] 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. 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [ ] a. Indefinido
- [X] b. Provisionalidad
- [ ] c. Libre nombramiento y remoción
- [ ] d. Contrato de Prestación de Servicios
- [ ] e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- [ ] a. Vacunación
- [ ] b. Salud oral
- [ ] c. Exámenes de laboratorio/otros
- [ ] d. Exámenes periódicos
- [ ] e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- [ ] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [ ] a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- [ ] a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [ ] a. No
- [X] b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- [ ] a. No
- [X] b. Si

Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- [ ] a. No
- [X] b. Si

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

116

Fuente: Ministerio de trabajo - Documento perteneciente con exclusivo de pacientes y medios externos

	FORMATO	FT-SST-841
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Olivia del Pilar Sanchez Forero
Cargo	Asistente Logistica
Dependencia / Grupo	Logistica

FECHA 27/10/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- [X] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GÉNERO

- a. Masculino
- [X] b. Femenino

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

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- [X] d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- [X] b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [X] a. Otro trabajo
- b. Labores domèsticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- [X] d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [X] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- 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. 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- [X] c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Sps (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [X] a. Si
- b. No

Cual: hipotiroidismo

14. FUMA

- a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [X] a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. SI

Diario ✓
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. SI

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

MAG

	FORMATO	FT-SST-045
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Jhon Cuesta Pedraza
Cargo	Residente Ambiental y SST
Dependencia / Grupo	Obras

FECHA 27-10-2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- [X] c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- a. Masculino
- [X] b. Femenino

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

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- [X] e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- [X] a. Propia
- b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [X] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- [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. 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [X] a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- [X] c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [X] a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. Si

Diario X
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. Si

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

M93

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Pablo Santa M
Cargo	Ayudante
Dependencia / Grupo	Operativo

FECHA 20/11/25

Marque una X en la casilla que corresponda

1. EDAD

- [ ] a. Menor de 18 años
- [ ] b. 18 - 27 años
- [ ] c. 28 - 37 años
- [ ] d. 38 - 47 años
- [X] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [ ] a. Soltero (a)
- [X] b. Casado (a)/union libre
- [ ] c. Separado (a)/Divorciado
- [ ] d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] a. Masculino
- [ ] b. Femenino

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)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [ ] a. Otro trabajo
- [X] b. Labores domésticas
- [ ] c. Recreacion y deporte
- [ ] d. Estudio
- [ ] e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [X] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [ ] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- [ ] c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- [ ] d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- [ ] e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- [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. ANTIGUEDAD 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [ ] a. Indefinido
- [X] b. Provisionalidad
- [ ] c. Libre nombramiento y remoción
- [ ] d. Contrato de Prestación de Servicios
- [ ] e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- [ ] a. Vacunación
- [ ] b. Salud oral
- [ ] c. Exámenes de laboratorio/otros
- [ ] d. Exámenes periódicos
- [ ] e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- [ ] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [ ] a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- [ ] a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS

- [X] a. No
- [ ] b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- [X] a. No
- [ ] b. Si

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- [ ] a. No
- [X] b. Si

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

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/05/2015
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Yoma Isabel Sanz Rodriguez
Cargo	Asistente administrativo
Dependencia / Grupo	Administracion Recursos Humanos

FECHA _____

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- [X] d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- a. Masculino
- [X] b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- [X] b. 1 - 3 personas
- c. 4 - 5 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
- [X] b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- [X] b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [X] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- 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. 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [X] a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- [X] d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. No
- [X] b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. Si

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. Si

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

110

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/05/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Ana Paola Camargo Bolaños
Cargo	Contadora
Dependencia / Grupo	Contabilidad

FECHA 27/10/25

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- [X] c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/Union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- a. Masculino
- [X] b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- [X] 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
- [X] d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Arrendada
- [X] c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [X] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- [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. ANTIGUEDAD 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. Mas de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [X] a. Indefinido
- b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. SI
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- a. SI
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. No
- [X] b. SI

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. SI

Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. SI

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

	FORMATO	FT-SST-941
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/05/2025
		VERSIÓN:Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	DENIS ESTIVEN TOVAR GUTIERREZ
Cargo	MENSAJERO
Dependencia / Grupo	ADMINISTRATIVO

FECHA 27/10/25

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- [ ] a. Menor de 18 años
- [ ] b. 18 - 27 años
- [X] c. 28 - 37 años
- [ ] d. 38 - 47 años
- [ ] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [X] a. Soltero (a)
- [ ] b. Casado (a)/Union libre
- [ ] c. Separado (a)/Divorciado
- [ ] d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] a. Masculino
- [ ] b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- [X] a. Ninguna
- [ ] b. 1 - 3 personas
- [ ] c. 4 - 6 personas
- [ ] 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 otro(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [X] a. Otro trabajo
- [ ] b. Labores domesticas
- [ ] c. Recreacion y deporte
- [ ] d. Estudio
- [ ] e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [X] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [ ] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- [ ] c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- [ ] d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- [ ] e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- [ ] 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. ANTIGUEDAD 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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [X] a. Indefinido
- [ ] b. Provisionalidad
- [ ] c. Libre nombramiento y remoción
- [ ] d. Contrato de Prestación de Servicios
- [ ] e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- [ ] a. Vacunación
- [ ] b. Salud oral
- [ ] c. Exámenes de laboratorio/otros
- [X] d. Exámenes periódicos
- [ ] e. Spa (Relajación)
- [ ] f. Capacitaciones en SST
- [ ] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [ ] a. SI
- [ ] b. No

Cual: HIPOACUSIA

14. FUMA

- [ ] a. SI
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [X] a. No
- [ ] b. SI

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- [ ] a. No
- [X] b. SI

Diario _____
Semanal _____
Quincenal X
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- [ ] a. No
- [X] b. SI

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

112

ANEXO 2.5L ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: BOGOTA FECHA 04 11 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Ramos	Rojas	Johan Tomas	1095026908

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 23 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☒ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS COMPENSAR AFP PROVENIR ARL COLMENA

Cargo AUXILIAR Dependencia TECNICO - OPERATIVO

¿Qué equipos opera?

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO NINGUNA

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NINGUNA

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO NINGUNA

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO APLICA

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

NUNCA

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

FUTBOL

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 1095026908	

1 de 1

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 04 11 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Ramos	Gomez	Benjamin	85803986

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☒ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS Sanitas AFP Colpensiones ARL Sura

Cargo Auxiliar Dependencia TECNICO - OPERATIVO

¿Qué equipos opera?

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
No ninguna

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
Ninguno

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
Ninguno

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
Ninguno

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?
Ninguna

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
Ninguno

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Benjamin C.C 85803986	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: | FECHA 28 | 10 | 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Quintero	Samaca	Brandon Hernan	1'000.515.115

SEXO: F [ ] M [X] | EDAD (años): 25 | ESTADO CIVIL: Casado [ ] Soltero [X] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS: Compensar | AFP: | ARL: Colmena

Cargo: Conductor | Dependencia: Técnico Operativo

¿Qué equipos opera?

Vehículo

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Ninguna

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

Ninguna

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

Ninguna

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

Ninguna

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No aplica

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Gimnasio 5 días a la Semana

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador: Brandon Quintero | Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

C.C 1000515115

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA: 13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN: Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 27 10 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Bogotá	Palacios	Yenny Viviana	1022435248

SEXO F [X] M [ ] EDAD (años) 37 ESTADO CIVIL Casado [ ] Soltero [X] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS Nueva EPS AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Residente Ambiental y SST Dependencia Obras

¿Qué equipos opera?

No opero equipos

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

No No presento enfermedad, ni estoy en tratamiento medico

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NA. No presento síntomas

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No.

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [ ] No [ ] Porqué?

No. No presento síntomas

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [ ] Porqué?

No

¿Cuantos días de incapacidad médica?

NO.

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Si Practico senderismo y ciclismo el 6to. El Senderismo lo desarrollo los fines de Semana.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

No se tienen sugerencias ni recomendaciones

FIRMAS

Firma del trabajador	Yenny Bogotá	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C	1022435248	

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 27 10 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Colorado	Becerra	Fabian Andres	80866629

SEXO: F ☐ M ☒ EDAD (años): 44 ESTADO CIVIL: Casado ☒ Soltero ☐ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS: Sura AFP: Colpensiones ARL: Colmena

Cargo: Residente de Obra Dependencia: Área Técnica

¿Qué equipos opera?

P.C

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

N.A

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

N.A

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☐ Porqué?

N.A

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No.

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

No.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador
C.C 80866629

Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

	FORMATO	Código: FT-SST-042
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 29 10 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Jiménez	Forero	Jhon del Mar	52330 248

SEXO F [X] M [ ] EDAD (años) ESTADO CIVIL Casado [ ] Soltero [ ] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS Compensar AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Asesor de Ventas Dependencia

¿Qué equipos opera?
Computador

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
Si → hipotiroidismo

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
N/A

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
N/A

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
N/A

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?
N/A

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
2 horas = ciclismo

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 52330248	Yenny Cortes

119

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 29 10 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Lopez	Sua	Andres felipe	1010234991

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 28 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☒ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS Sanitas AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Auxiliar de ingeniería Dependencia

¿Qué equipos opera?

Computador, Dron

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

NO

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador

cc 1010234991

Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 27 10 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Fernandez	Palacios	Jose Rodrigo	3.186.298

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 42 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☐ Separado ☒

EPS Compensar AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Inspector SST Dependencia Tecnico - Operativo - SST

¿Qué equipos opera?

Computador

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

N.A

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Caminar - 1 vez por Semana

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Jose R. Fernandez C.C 3.186.298	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

	FORMATO	Código: FT-SST-042
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FECHA: 13/08/2025
		VERSIÓN: Original

CIUDAD: Bogota FECHA 25 10 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Suenz	Rodriguez	Maria Isabel	1014183975

SEXO F [X] M [ ] EDAD (años) 38 Casado [ ] Soltero [ ] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS Nueva EPS AFP ARL

Cargo Asistente Administrativo Dependencia Administracion

¿Qué equipos opera? Computadors / impresoras

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

Dolor Cuello

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [X] No [ ] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Caminar, viajar

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

Tener mayor habitos saludables

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 1014183975	

112

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: BOGOTA D.C FECHA TAR VAD XRS

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
TOVAR	QUIÑONEZ	DAVID ESTIVEN	1010186671

SEXO F ☐ M ☐ EDAD (años) Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS COMPESAR AFP ARL COLMENA

Cargo MENSAJERO Dependencia ADMINISTRATIVA

¿Qué equipos opera?

N/A

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

HIPOACUSIA SEGORIA

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO EJ POBREMAS POR NACIMIENTO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO FUEL MUCHOS ANTES TRACPTO

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [X] No [ ] Porqué?

POR SONDERA OIDOS

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobble, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

MONTAR BICICLETA Y CAMINAR

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 1010186671	

27/10/25

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogota FECHA DD 10 MM 25

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Camargo	Galarza	Gina Paola	1075683489

SEXO F [X] M [ ] EDAD (años) 28 Casado [ ] Soltero [X] U. Libre [ ] Separado [ ]

EPS Famisanar AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Contadora Dependencia Contabilidad

¿Qué equipos opera?

Computador

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Ninguna

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

No

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

Ø

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Danza y deporte aereos, lo practico 3 o 4 veces a la semana.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador

C.C 1.075.683.489

Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

1129

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogota FECHA: 20 VIII 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Santa	Malaver	Pablo	CC 93124243

SEXO: F ☐ M ☒ | EDAD (años): 38 | ESTADO CIVIL: Casado ☒ Soltero ☐ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS: Famisanar | AFP: Proteccion | ARL: Colmena

Cargo: Ayudante | Dependencia: Operativa

¿Qué equipos opera?

Herramienta manual

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

No

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

Ninguno

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No Aplica

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

No

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
CC 93124243	

ANEXO 2.5M EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Teléfono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-09-16 12:01
No. Ingreso:	614625	**Fecha y hora de salida:**	2025-09-17 11:58
Nombre:	ANDRES FELIPE LOPEZ SUA	**Empresa Convenio:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC:	1010234991	**Empresa Contratante:**	Pre Ingreso
Fecha Nacimiento:	05 jul. 1997	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Cargo:	AUXILIAR DE INGENIERIA	**Empresa en misión:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Sede:	Sede 103		



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometria Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Visiometria	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL
CONTROL DE PESO PREVENTIVO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

Profesional: VANESSA CORREA MURCIA
Identificación: CC 1020786135
Reg. Médico: RM 1020786135
Licencia Ocupacional: LIC 15346/2021

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MÉDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Andres Felipe Lopez Sua

Firmado electrónicamente por:
Andres Felipe Lopez Sua
APELIPEL561@GMAIL.COM
2025-09-17 16:15:46

Paciente: ANDRES FELIPE LOPEZ SUA
CC: 1010234991

1127

iMedicalServices

Certificado de firma

Para los efectos de lo dispuesto en el **articulo 7 de decreto 2364 de 2012**, las partes manifiestan que han decidió suscribir el presente documento de manera electrónica, y aclaran que la firma estampada en el mismo ha sido puesta por quien dice ser su firmante **cumpliendo todos los requisitos legales para este tipo de firmas**, y por ello, reconocen la plena **validez tanto de lo dispuesto en el clausulado del presente documento** como de las firmas electrónicas que en él se asientan.

ANDRES FELIPE LOPEZ SUA	EMail	AFELIPELS61@GMAIL.COM
Código OTP	Firmado	17-09-2025 16:15:46

La trazabilidad del documento puede ser consultada a través de nuestra plataforma escaneado el código QR.

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010553704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: coceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-01-15 14:25
No. Ingreso:	494903	**Fecha y hora de salida:**	2025-01-15 14:59
Nombre:	ANGIE KATHERINE PARDO RAMIREZ	**Empresa Convenio:**	Vanegas Ingenieros Sas
Cargo:	COORDINADORA DE LICITACIONES	**Empresa Contratante:**	Vanegas Ingenieros Sas
CC:	1018453666	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Vanegas Ingenieros Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Visiometria	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
*EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

*USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
*DIETA HIPOCALORICA E HIPOGRASA Y HACER EJERCICIO 3 A 5 VECES A LA SEMANA, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: KATHERINE BRIGETTE BLANCO ARAMBULO
Identificación: CE 729744
Reg. Médico: 729744
Licencia Ocupacional: Lic. 4072 / 2023

Paciente: ANGIE KATHERINE PARDO RAMIREZ
CC: 1018453666

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Teléfono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Zona Industrial
Fecha y hora de ingreso:	2025-nov.-01 06:57 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-nov.-01 07:44 a. m.
No. Ingreso:	636532	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	BENJAMIN RAFAEL RAMOS GOMEZ	**Identificación:**	CC 85203986
Cargo:	BOAL	**Ocupación:**	Empleado
Fecha de Nacimiento:	04 jul. 1981	**Edad:**	44 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Artistas		



INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VB ADECUACIONES	**NIT:**	901053312	**Actividad Económica:**	Construcción de otras obras de ingeniería civil
Empresa Temporal:	CONSORCIO VB ADECUACIONES	**NIT:**	901053312	**Actividad Económica:**	Construcción de otras obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado	Estado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
Visiometria	Normal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
Examen medico ocupacional realizado.

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el Ministerio de Salud
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo
- Control periódico ocupacional
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso
- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo cardiovascular
- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Lorena González

Profesional: JENNY LORENA GONZALEZ GUERRERO
Identificación: CC 1032461463
Reg. Médico: 1013670811
Licencia Ocupacional: Lic. 007459/2023

Benjamin Ramos

Paciente: BENJAMIN RAFAEL RAMOS GOMEZ
CC: 85203986

1129

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010853703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Teléfono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-10-25 10:40
No. Ingreso:	633192	**Fecha y hora de salida:**	2025-10-25 12:11
Nombre:	BRANDON HERNAN QUINTERO SAMACA	**Empresa Convenio:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC:	1000515115	**Empresa Contratante:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Fecha Nacimiento:	22 may. 2000	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR	**Empresa en misión:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Sede:	Zona Industrial		



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclinicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Optometria	Realizado
Audiometria De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento (audiometria Tonal)	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Pruebas Psicotecnicas Para Conductores	Realizado
Prueba Psicosensometrica De Coordinacion Motriz	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Seguridad Vial Cumple para seguridad vial

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE .

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Cumple con los requerimientos del anexo técnico de la resolución 12336 de 2012, vigentes en la resolución 217 de 2014

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

MaFdaA.

Profesional: MARIA FERNANDA AGUILAR BECERRA
Identificación: CC 55159436
Reg. Médico: 1606/97
Licencia Ocupacional: 16271 de 28/12/2018

Paciente: BRANDON HERNAN QUINTERO SAMACA
CC: 1000515115

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad: BOGOTA
No. Ingreso: 527102
Nombre: CESAR GUSTAVO OSPINA MANTILLA
Cargo: GERENTE GENERAL
CC: 79410219
Sede: Sede 103

Fecha y hora de ingreso: 2025-03-18 07:06
Fecha y hora de salida: 2025-03-18 07:47
Empresa Convenio: Vanegas Ingenieros Sas
Empresa Contratante: Vanegas Ingenieros Sas
Tipo de Examen: Periódico
Empresa en misión: Vanegas Ingenieros Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Periodico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Puede continuar realizando la labor

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CHEQUEOWS MÉDICOS PREVENTIVOS, DEPORTE REGULAR CON ENFASIS CARDIO VASCULAR. BUENA HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Biológico - uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación del esquema de vacunación.
- Osteomusculer - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.
- Uso regular de fotoprotección para piel y/o de ojos.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

VIGENCIA(Temporalidad)

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

133

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@losandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUÉ PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: HUGO RICARDO NIETO RUBIO
Identificación: CC 79738981
Reg. Médico: 254030/2003
Licencia Ocupacional: 25-1396 DEL 2016

Paciente: CESAR GUSTAVO OSPINA MANTILLA
CC: 79410219

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2024-12-16 08:40
No. Ingreso:	461806	**Fecha y hora de salida:**	2024-12-16 10:36
Nombre:	DAVID ESTIVEN TOVAR QUIÑONEZ	**Empresa Convenio:**	Vanegas Ingenieros Sas
Cargo:	MENSAJERO	**Empresa Contratante:**	Vanegas Ingenieros Sas
CC:	1010186671	**Tipo de Examen:**	Periódico
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Vanegas Ingenieros Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclinicos	Resultado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Visiometria	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Periodico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Puede continuar realizando la labor

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Recomendaciones: Realizar pausas activas durante su jornada laboral. Se sugiere laborar en zonas y realizar actividades de bajo riesgo de accidentalidad y que requieran de baja destreza auditiva. En caso de exposición al ruido, se sugiere ses por debajo de los 85db. Uso de protección auditiva ante exposición al ruido, descanso auditivo extralaboral. Valoraciones complementarias auditivas en Eps

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Control periódico ocupacional.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Continuar en control y/o tratamiento por médico especialista en su EPS.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

VIGENCIA(Temporalidad)

no aplica

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: DIANA MARCELA GUTIERREZ SIABATTO
Identificación: CC 52798539
Reg. Médico: 52798539
Licencia Ocupacional: 4666 DE 2019

Paciente: DAVID ESTIVEN TOVAR QUIÑONEZ
CC: 1010186671

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Teléfono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad: BOGOTA
No. Ingreso: 621398
Nombre: FROILAN ANDRES COLORADO BECERRA
CC: 86066629
Fecha Nacimiento: 03 dic. 1980
Cargo: INGENIERO RESIDENTE DE OBRA
Sede: Sede 103

Fecha y hora de ingreso: 2025-10-01 08:32
Fecha y hora de salida: 2025-10-01 10:19
Empresa Convenio: CONSORCIO VB ADECUACIONES
Empresa Contratante: CONSORCIO VB ADECUACIONES
Tipo de Examen: Pre Ingreso
Empresa en misión: CONSORCIO VB ADECUACIONES



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Visiometria	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto(a)

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

NUEVA VALORACION OPTOMETRIIA CON CORRECCION OPTICA VISION CERCANA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.
- Uso regular de fotoprotección para piel y/o de ojos.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

Profesional: GIOVANNI MORA GOMEZ
Identificación: CC 79276457
Reg. Médico: 11997
Licencia Ocupacional: 9151 de 15/11/2019

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Paciente: FROILAN ANDRES COLORADO BECERRA
CC: 86066629

1136

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Teléfono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@losandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-01-10 10:39
No. Ingreso:	491917	**Fecha y hora de salida:**	2025-01-10 11:58
Nombre:	GINA PAOLA CAMARGO BOLAÑOS	**Empresa Convenio:**	VANEGAS INGENIEROS SAS
Cargo:	CONTADORA	**Empresa Contratante:**	VANEGAS INGENIEROS SAS
CC:	1075683489	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Vanegas Ingenieros Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Visiometria	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

-

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USO DE CORRECCION ÓPTICA PERMANENTE Y PAUSAS ACTIVAS VISUALES.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Biológico - uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación del esquema de vacunación.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.
- Uso regular de fotoprotección para piel y/o de ojos.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECIFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

Profesional: HUGO RICARDO NIETO RUBIO
Identificación: CC 79738981
Reg. Médico: 254030/2003
Licencia Ocupacional: 25-1396 DEL 2016

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Paciente: GINA PAOLA CAMARGO BOLAÑOS
CC: 1075683489

127

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 25 may 2024 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: GUSTAVO LOPEZ DUQUE Documento: 80720331

Edad: 42 Género: MASCULINO Ciudad: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo:

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a GUSTAVO LOPEZ con documento de identificación No 80720331 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
2. CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL
3. ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO
4. EJERCICIO FISICO FRECUENTE.
5. DIETA BALANCEADA.

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

GUSTAVO LOPEZ

FIRMA TRABAJADOR

80720331

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Zona Industrial
Fecha y hora de ingreso:	2025-nov.-01 07:02 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-nov.-01 07:52 a. m.
No. Ingreso:	636544	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	JHONATAN DAVID RAMOS ROJAS	**Identificación:**	CC 1085036903
Cargo:	AYUDANTE Y CONTROLADOR DE TRAFICO	**Ocupación:**	Empleado.
Fecha de Nacimiento:	07 jul. 2004	**Edad:**	21 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Otros grupos Poblacionales		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO VB ADECUACIONES	**NIT:**	901953312	**Actividad Económica:**	Construcción de otras obras de ingeniería civil
Empresa Temporal:	CONSORCIO VB ADECUACIONES	**NIT:**	901953312	**Actividad Económica:**	Construcción de otras obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado	Estado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
Visiometria	Normal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha: .
EXAMEN REALIZADO

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna
observacion: .

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Auditiva - protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral
observacion: .

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana
observacion: .

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico
observacion: .

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MÉDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Jhonatan

Profesional:	JHON WILSON SANCHEZ ZUÑIGA
Identificación:	CC 79903977
Reg. Médico:	9034/ 2002
Licencia Ocupacional:	7953 de 16/09/2019

Paciente:	JHONATAN DAVID RAMOS ROJAS
CC:	1085036903

MEDIEXPRESS S.A.S.

Red Asistencial de Servicios en Salud
Carrera 48 No.91-96
BOGOTA D.C.-BARRIOS UNIDOS (Bogotá D.C.)
Lic. Salud Ocupac. 5080 de 03/11/2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

H.C. 4207582

Fecha: 03-diciembre-2024 5:33 pm
Impresión: 04-diciembre-2024 12:47 pm



Paciente: **ANGARITA DURAN JOSE MISAEL**
Doc.Iden.: **CC4207582** Edad: 57 Años Sexo: M
Entidad: **MEDIEXPRESS**
Act. Economic: N/D
Empresa: N/D
Dirección: N/D
Adm. Salud: COMPENSAR E.P.S.
Admin.Riesgos NINGUNO

Estrato: 4
Cargo: INGENIERO ESPECIALISTA
Teléfono: 3176372808 Estado civil: CASADO(A)
Admin.Pension COLPENSIONES

Tipo Evaluación: PERIODICO

Se certifica que ANGARITA DURAN JOSE MISAEL identificado con documento de identidad CC 4207582, quien desempeña el cargo de INGENIERO ESPECIALISTA, fue valorado en esta IPS, luego de lo cual se emite el siguiente concepto:

RESTRICCIONES:
Ninguna

RECOMENDACIONES:
Médico-Generales:
Chequeos rutinarios anuales por EPS.
Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringologia en EPS.
Uso de medias para la varice según precripción médica de EPS.

Médico-Laborales:
Atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo.
Uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es de 85dB.
Audiometria periódica.
Pausas activas en miembros inferiores durante la jornada laboral.

PRUEBAS PARACLINICAS:

CUPS	Servicio	Resultado
890201	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL

OTRAS PRUEBAS PARACLINICAS
AUDIOMETRIA NORMAL
ESPIROMETRIA NORMAL
VISIOMETRIA NORMAL

Medico(a): GUTIERREZ GUERRERO LAURA KATHERINE
Registro médico: 1033736583
Licencia en Salud Ocupacional: Resolución 8485 DE 9 ABRIL DE 2021

ANGARITA DURAN JOSE MISAEL
CC4207582

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-10-24 07:42
No. Ingreso:	632333	**Fecha y hora de salida:**	2025-10-24 10:12
Nombre:	JOSE RODRIGO GRANADA PALACIO	**Empresa Convenio:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC:	3186298	**Empresa Contratante:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Fecha Nacimiento:	11 ene. 1983	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Cargo:	INSPECTOR EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Empresa en misión:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Sede:	Zona Industrial		



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Realizado
Laboratorios	**Resultado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- SE RECOMIENDA COMER SALUDABLE, CONSUMO BAJO DE CARBOHIDRATOS, GRASAS, HARINAS, FRITOS, COMIDA CHATARRA, ETC Y REALIZAR EJERCICIO MINIMO 5 VECES POR SEMANA 30 MINUTOS DIA, CONTROL MEDICINA GENERAL EPS.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Alturas - Capacitación y certificación en alturas.
- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ADECUADA POSTURA, HACER EJERCICIO 3 A 5 VECES A LA SEMANA, BAJAR DE PESO, CONTROL NUTRICIONAL EN EPS, USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, ACUDIR A CONTROLES CON OPTOMETRIA EPS. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110018653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Teléfono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA, ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: LEIDY YAZMIN MUÑOZ MELLIZO
Identificación: CC 1018405130
Reg. Médico: 1018405130
Licencia Ocupacional: 12198 10 SEP 2021

Paciente: JOSE RODRIGO GRANADA PALACIO
CC: 3186298

fla3

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad: BOGOTA
No. Ingreso: 589082
Nombre: MARIA ISABEL SAENZ RODRIGUEZ
Cargo: ASISTENTE ADMINISTRATIVA
CC: 1014183775
Sede: Sede 103

Fecha y hora de ingreso: 2025-07-25 12:12
Fecha y hora de salida: 2025-07-25 12:56
Empresa Convenio: Vanegas Ingenieros Sas
Empresa Contratante: Vanegas Ingenieros Sas
Tipo de Examen: Periódico
Empresa en misión: Vanegas Ingenieros Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Visiometria	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Periodico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Puede continuar realizando la labor

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
Examen medico realizado

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Recomendaciones: Se sugiere uso de correccion visual permanente y control optometrico anual. Realización de pausas activas con estiramiento muscular. Alternar posturas durante jornada laboral. Adoptar hábitos de estilo de vida saludable. Efectuar capacitaciones según riesgos laborales. Se sugiere valoración por medicina general en su entidad de salud por hallazgos al examen físico. Se recomienda continuar controles en su entidad de salud con médico tratante.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

VIGENCIA(Temporalidad)

no aplica

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: JORGE YAMIT VERGARA VERGARA
Identificación: CC 1013587422
Reg. Médico: 1013587422
Licencia Ocupacional: Lic. 18012/2024

Paciente: MARIA ISABEL SAENZ RODRIGUEZ
CC: 1014183775

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT: 900.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 16-46
Cel: 301 827 00 85 - **Tel:** 757 53 28
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



N° 49.715

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VB ADECUACIONES	CONSORCIO VB ADECUACIONES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
SANTA MALAMBO PABLO	MASCULINO	58 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	93124243 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PROTECCION	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
USO DE CORRECCION OPTICA	PERMANENTE	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
NO LEVANTAR MAS DE 25 KG DE PESO SIN AYUDA MECANICA	PERMANENTE	VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

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

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		NO FUMAR
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR OTORRINOLARRINGOLOGIA Y CIRUGIA GENERAL		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

*EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.
*ORIENTAMOS MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
*PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES Y ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.
*ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.
SE RECOMIENDA:
*INCLUIR PAUSAS ACTIVAS REGULARES PARA PREVENIR FATIGA Y PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS (ESPECIALMENTE SI EL TRABAJO ES ESTÁTICO).
*FOMENTAR LA MOVILIDAD ARTICULAR Y ESTIRAMIENTOS CADA 2-3 HORAS DE SERVICIO.
*MANTENERSE HIDRATADO
*REDUCIR EL CONSUMO DE SAL, GRASAS SATURADAS Y ALCOHOL, AUMENTAR LA INGESTA DE FRUTAS, VERDURAS, FIBRA Y POTASIO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA MODERADA (CAMINAR, NADAR, BAILAR) DE FORMA REGULAR

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-10-28 08:11
No. Ingreso:	633880	**Fecha y hora de salida:**	2025-10-28 12:04
Nombre:	SONIA DEL ROCIO SANCHEZ FORERO	**Empresa Convenio:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC:	52330248	**Empresa Contratante:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Fecha Nacimiento:	22 mar. 1974	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Cargo:	TRABAJADORA SOCIAL	**Empresa en misión:**	CONSORCIO VB ADECUACIONES
Sede:	Sede 103		



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Visiometria	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

* Mantener actividad física regular (mínimo 150 minutos semanales).
* Realizar pausas activas cada 1–2 horas para prevenir fatiga muscular.
* Evitar posturas prolongadas y movimientos repetitivos.
* Aplicar principios de ergonomía en el puesto de trabajo.
* Realizar estiramientos de cuello, espalda y extremidades diariamente.
* Participe activamente en las capacitaciones de salud y seguridad.
* Evite exposición prolongada a pantallas sin pausas visuales

**USAR RX OPTICA PERMANENTE, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.
- Continuar en control y/o tratamiento por médico especialista en su EPS.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

* Mantener actividad física regular (mínimo 150 minutos semanales).
* Realizar pausas activas cada 1–2 horas para prevenir fatiga muscular.
* Evitar posturas prolongadas y movimientos repetitivos.
* Aplicar principios de ergonomía en el puesto de trabajo.
* Realizar estiramientos de cuello, espalda y extremidades diariamente.
* Participe activamente en las capacitaciones de salud y seguridad.
* Evite exposición prolongada a pantallas sin pausas visuales

**USAR RX OPTICA PERMANENTE, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA, ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: GERARDO ALBERTO RUEZ ARAGON
Identificación: CC 1032406434
Reg. Médico: 1032406434
Licencia Ocupacional: 27406/2025

Paciente: SONIA DEL ROCIO SANCHEZ FORERO
CC: 52330248

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010663704
NIT: 830025102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-10-01 08:00
No. Ingreso:	621342	**Fecha y hora de salida:**	2025-10-06 07:57
Nombre:	YENNY YULISA CUESTA PALACIOS	**Empresa Convenio:**	Vanegas Ingenieros Sas
CC:	1077435248	**Empresa Contratante:**	Vanegas Ingenieros Sas
Fecha Nacimiento:	17 abr. 1988	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Cargo:	RESIDENTE SST Y AMBIENTAL.	**Empresa en misión:**	Vanegas Ingenieros Sas
Sede:	Sede 103		



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclinicos	**Resultado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Realizado
Laboratorios	**Resultado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipídico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN OCUPACIONAL REALIZADO.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, USO DE CORRECION OPTICA PERMANENTE, CONTROL PERIODICO CON OPTOMETRIA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Alturas - Capacitación y certificación en alturas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010663704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Lady Charry
Dra. Lady Charry
MEDICA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM 10526/2022 LICENCIA 9800

Yenny Yulisa Cuesta Palacios

Firmado electrónicamente por:
Yenny Yulisa Cuesta Palacios
YULIAMBIENTAL@GMAIL.COM
2025-10-06 15:12:09

Profesional:	LADY GIOMARA CHARRY DIAZ
Identificación:	CC 1075262945
Reg. Médico:	1075262945
Licencia Ocupacional:	Lic. 9800 / 2023

Paciente:	YENNY YULISA CUESTA PALACIOS
CC:	1077435248

iMedicalServices

Certificado de firma

Para los efectos de lo dispuesto en el **articulo 7 de decreto 2364 de 2012**, las partes manifiestan que han decidió suscribir el presente documento de manera electrónica, y aclaran que la firma estampada en el mismo ha sido puesta por quien dice ser su firmante **cumpliendo todos los requisitos legales para este tipo de firmas**, y por ello, reconocen la plena **validez tanto de lo dispuesto en el clausulado del presente documento** como de las firmas electrónicas que en él se asientan.

YENNY YULISA CUESTA PALACIOS	EMail	YULIAMBIENTAL@GMAIL.COM
Código OTP	Firmado	06-10-2025 15:12:09

La trazabilidad del documento puede ser consultada a través de nuestra plataforma escaneado el código QR.

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539-6 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	ANGELMIRO NONTOA SALAMANCA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
CC	9534921	Fecha	6 octubre 2025
Edad	58 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Generación: 6 octubre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

ANGELMIRO NONTOA SALAMANCA
CC: 9534921
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

115

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	BARRIS DYLAN URUEÑA PARRA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1015440737	Fecha	30 septiembre 2025
Edad	32 años		
Ocupación	AYUDANTE DE OBRA		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 30 septiembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

BARRIS DYLAN URUEÑA PARRA
CC: 1015440737
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	ELIECER YESID MORA ALARCON	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1026274539	Fecha	29 septiembre 2025
Edad	34 años		
Ocupación	AYUDANTE DE OBRA		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 29 septiembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

ELIECER YESID MORA ALARCON
CC: 1026274539
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

113

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIOLES H&D SAS

Paciente	HENRY URUEÑA TOVAR	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	12127642	Fecha	13 noviembre 2025
Edad	55 años		
Ocupación	REPRESENTANTE LEGAL		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 13 noviembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

HENRY URUEÑA TOVAR
CC: 12127642
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

11 59

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539-6 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	JEFERSON STIVEN VARGAS FELICIANO	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
CC	1003907928	Fecha	6 octubre 2025
Edad	26 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Generación: 6 octubre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

JEFERSON STIVEN VARGAS FELICIANO
CC: 1003907928
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	JOSE ALEXIS CUERVO CUERVO	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL I EN ALTURAS
CC	80063858	Fecha	30 septiembre 2025
Edad	46 años		
Ocupación	AYUDANTE DE OBRA		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

ALANJÚ SAS

Cod de habilitación: 2575404639 Licencia OST: Res 250414/2022
Dirección: Cra 3b # 18 - 92 Barrio El Dorado
Teléfonos: 316 792 76 12 - 305 9349551 - 6017172073
Email: comercial@alanjusalud.com
Web: www.alanjusalud.com

ALANJÚ Expertos cuidando de tu salud
Nit 901.590.274-1



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.018

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, 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
DEMOLICIONES H&D SAS	DEMOLICIONES H&D SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
LARA SANCHEZ LUIS ALBERTO	MASCULINO	40 AÑOS 3 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	80813423 (Número)

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL.	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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 ÉNFASIS ALTURAS (TSA)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA MATENER MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENCION DE INFECCION POR VIRUS RESPIRATORIOS: USO DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL. UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. REALIZAR PAUSA ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL. SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIO FISICO DIARIO MANTENER ALIMENTACION BALANCEADA EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL CIGARRILLO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. REALIZAR ACTIVIDADES QUE FOMENTEN LA SALUD MENTAL. REALIZAR CONTROLES PERICOICOS POR SU ASEGURADORA.

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 80723815 - ALEJANDRO PAEZ

R. M.: 80723815 L.S.O.: 7136/2021

Código de Seguridad
R1242X1D14018

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LARA SANCHEZ LUIS ALBERTO

CC: 80813423

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	MANUEL ALFONSO VENTURA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
CC	80372995	Fecha	23 octubre 2025
Edad	54 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Generación: 23 octubre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

MANUEL ALFONSO VENTURA
CC: 80372995
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	NELSON MORA RODRIGUEZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	79274837	Fecha	30 septiembre 2025
Edad	52 años		
Ocupación	AYUDANTE DE OBRA		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 30 septiembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

NELSON MORA RODRIGUEZ
CC: 79274837
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

1159

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539-6 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	PAOLA FERNANDA SANCHEZ BAYONA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1000621968	Fecha	1 noviembre 2025
Edad	23 años		
Ocupación	SISO		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 1 noviembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

PAOLA FERNANDA SANCHEZ BAYONA
CC: 1000621968
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

116

CONSORCIO VB ADECUACIONES	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: 001

Bogotá 16/09/2025

Señor(a): Andrés Felipe López sua

CC: 1010234991
Cargo: Auxiliar De Ingeniería

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: se recomienda realizar pausas activas durante la jornada laboral control de peso preventivo recomendaciones médicas, osteomuscular pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas. Visual, educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual. recomendaciones ocupacionales recomendaciones de hábitos saludables, actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana. Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.

Yanc cata

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Andres Felipe Lop

Cedula 1010234991

Firma

1161

VANEGAS INGENIEROS S.A.S	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha: 01/05/17
		Versión: 001

Bogotá D.c 15/01/2025

Señor(a): ANGIE KATHERINE PARDO RAMIREZ

CC: 1018453666
Cargo: Coordinadora De Licitaciones

La ciudad de Bogotá

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso)

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional IPS ANDES: uso de correccion visual permanente, control anual por optometria ,dieta hipocalorica e hipograsa y hacer ejercicio 3 a 5 veces a la semana, valoración por nutrición osteomuscular , pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas. visual educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual. control periódico ocupacional. uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo. recomendaciones ocupacionales recomendaciones de habitos saludables ,actividad fisica regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana. - adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso. solicitar en su eps valoración integral y control nutricional.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Angie Pardo R.

Cedula 1018453666

Firma Angie Pardo.

1162

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 04/11/2025

Señor(a): BENJAMIN RAFAEL RAMOS GOMEZ

CC: 85203986
Cargo: **BOAL**

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo, control periódico ocupacional, osteomuscular-pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Benjamin

Cedula 85203986

Firma Benjamin

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 28/10/2025

Señor(a): BRANDON HERNAN QUITERO SAMACA

CC: 100055115
Cargo: CONDUCTOR

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Ninguna.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Brandon Quintero

Cedula 100055115

Firma

VANEGAS INGENIEROS S.A.S	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha: 01/05/17
		Versión: 001

Bogotá D.c 18/02/2025

Señor(a): Cesar Gustavo Ospina Mantilla

CC: 79410219
Cargo: Gerente General

La ciudad de Bogotá

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Periódico)

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional IPS ANDES: chequeos médicos preventivos, deporte regular con enfasis cardio vascular. buena higiene postural y de columna uso de corrección óptica para visión próxima. recomendaciones médicas biológico ,uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación del esquema de vacunación.osteomuscular ,pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.visual,educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual. control periódico ocupacional. uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo. recomendaciones ocupacionales recomendaciones de habitos saludables,Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana. Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso. - Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional. - Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos. Uso regular de fotoprotección para piel y/o de ojos.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Cesar Ospina
Cedula 79410219
Firma

165

VANEGAS INGENIEROS S.A.S	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha: 01/05/17
		Versión: 001

Bogotá D.c 16/12/2024

Señor(a): David Estiven Tovar Quiñonez

CC: 1010186671
Cargo: Mensajero

La ciudad de Bogotá

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Periodico)

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional IPS ANDES Recomendaciones: Realizar pausas activas durante su jornada laboral. Se sugiere laborar en zonas y realizar actividades de bajo riesgo de accidentalidad y que requieran de baja destreza auditiva. En caso de exposición al ruido, se sugiere sea por debajo de los 85db. Uso de protección auditiva ante exposición al ruido, descanso auditivo extralaboral. Valoraciones complementarias auditivas en Eps -,Auditiva , Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral. Control periódico ocupacional. General ,adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud. Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana. Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso. Continuar en control y/o tratamiento por médico especialista en su EPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre DAVID ESTIVEN TOVAR

Cedula 1010186671

Firma

	FORMATO	Código: FT-SST 046
CONSORCIO VB ADECUACIONES	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: 001

Bogotá D.c 10/01/2025

Señor(a): Froilán Andrés Colorado Becerra

CC: 86066629
Cargo: Ingeniero Residente De Obra

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso)

Cordial saludo,

de acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o restricciones dadas por el medico laboral: nueva valoración optometría con corrección óptica visión cercana recomendaciones médicas ,osteomuscular ,pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas. - visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual. recomendaciones ocupacionales recomendaciones de hábitos saludables uso de epp según exposición a factores de riesgo específicos. uso regular de foto protección para piel y/o de ojos.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre ANDRÉS COLORADO

Cedula 86066629

Firma

1/6

VANEGAS INGENIEROS S.A.S	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha: 01/05/17
		Versión: 001

Bogotá D.c 10/01/2025

Señor(a): Gina Paola Camargo Bolaños

CC: 1075683489
Cargo: Contadora

La ciudad de Bogotá

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso)

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional IPS ANDES: uso de correccion óptica permanente y pausas activas visuales. recomendaciones médicas Biológico ,uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación del esquema de vacunación. Osteomuscular,pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.Visual educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual. Control periódico ocupacional. Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana. - Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso. Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional. Uso regular de fotoprotección para piel y/o de ojos.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Gina Paola Camargo
Cedula 1.075.683.489
Firma

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 27/10/2025

Señor(a): GUSTAVO LOPEZ DUQUE

CC: 80720331
Cargo: **ESPECIALISTA ESTRUCTURAL**

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Periódico).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional BSL Bienestar y Salud Laboral, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Sin recomendaciones laborales, pausas activas durante jornada laboral, capacitación de higiene postural, adecuación ergonómica de puesto de trabajo, ejercicio físico frecuente, dieta balanceada.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Gustavo Lopez

Cedula 80720331

Firma Gustavo Lopez

VANEGAS INGENIEROS S.A.S	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha: 01/05/17
		Versión: 001

Bogotá D.c 25/07/2025

Señor(a): Maria Isabel Sáenz Rodriguez

CC: 1.014.183.775
Cargo: Asistente Administrativa

La ciudad de Bogotá

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Periódico)

Cordial saludo,

de acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional **IPS ANDES**: se dan las siguientes recomendaciones: se sugiere uso de corrección visual permanente y control optométrico anual realización de pausas activas con estiramiento muscular,alternar posturas durante jornada laboral. adoptar hábitos de estilo de vida saludable. efectuar capacitaciones según riesgos laborales, se sugiere valoración por medicina general en su entidad de salud por hallazgos al examen físico. se recomienda continuar controles en su entidad de salud con médico tratante ostecmuscular pausas activas,ejerciciosde estiramiento y posturas adecuadas.visual,educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual. control periódico ocupacional. uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo. uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Christian Andrés Urrea Castellanos

Responsable HSE

Nombre Isabel Saenz.

Cedula 1014183.775

Firma Isabel Saenz.

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 04/11/2025

Señor(a): JHONATAN DAVID RAMOS ROJAS

CC: 1085036903
Cargo: AYUDANTE Y CONTROLADOR DE TRAFICO

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Auditiva- protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido auditivo extralaboral.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre

Cedula 1085036403

Firma

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 27/10/2025

Señor(a): ANGARITA DURAN JOSE MIGUEL

CC: 42075582
Cargo: ESPECIALISTA PMT

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Periódico).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional MEDIEXPRESS S.A.S., se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Chequeos rutinarios anuales por EPS, Valoración, manejo y seguimiento por otorrinolaringología en EPS, uso de medias para la varice según prescripción medica de EPS, atender las instrucciones y directrices de seguridad y salud en el trabajo, uso de epp auditivos si exposición permanente a ruido es de 85dB , audiometría periódica, pausas activas en miembros inferiores durante la jornada laboral.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Miguel Angarita

Cedula 42075582

Firma Miguel Angarita

1172

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 27/10/2025

Señor(a): JOSE RODRIGO GRANADA PALACIO

CC: 3186298
Cargo: INSPECTOR SST

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Alturas – capacitación y certificación en alturas, Aditiva- protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral, Osteomuscular- pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas, Visual- educación en higiene visual, uso de protección visual según exposición, adecuada iluminación de puesto de trabajo y pausas activas visual, uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo, General- adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos especificos emitidos por el ministerio de salud. .

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Jose Rodrigo Granada

Cedula 3186298

Firma Jose R Granada

193

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 20/11/2025

Señor(a): PABLO SANTA MALAMBO

CC: 93124243
Cargo: AYUDANTE DE OBRA

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el dia por nuestro proveedor en servicios de Preventsalud IPS S.A.S, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Usar corrección visual, examen visual de control en un año, audiometria de control en un año, valoración por EPS- valoración por otorrinolaringologia y cirugía general, uso de EPP, SVE Cardiovascular.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Pablo santa

Cedula 93124243

Firma

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 27/10/2025

Señor(a): SONIA DEL ROCIO SANCHEZ FORERO

CC: 52330248
Cargo: RESIDENTE SOCIAL

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de salud ocupacional andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Osteomuscular- pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas, Visual- educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Sonia Sanchez

Cedula 52330248

Firma

Bogotá, 06 de Octubre de 2025

Señor
Angelmiro Montoa salamanca.
Ayudante

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES- Ninguna

Sin embargo, desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 53122380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo Ayudante.
C.C. 9.534921

176

Bogotá, 30 de Septiembre de 2025

Señor
Barris Dylan Urueña Parra
Ayudante de Obra

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES- Ninguna

Sin embargo, desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio fisico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 53122380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo Ayudante de obra
C.C. 1.015.440.737

1177

Bogotá, 30 de Septiembre de 2025

Señor
Eliecer Yesid Mora Alarcon
Ayudante de Obra

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES- Ninguna

Sin embargo, desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 53122380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Eliecer M.

Nombre del colaborador
cargo Ayudante
C.C. 1.026.274.539

PAS

Bogotá, 08 de Octubre de 2021

Señor
Henry Urueña Tovar.

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones:

* Uso de EPP's.
* pausas Activas.
* Uso de Tapabocas.
* lavado Frecuente de manos.
* Evitar Consumo de alcohol. Cigarrillo y Sustancias Psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo del proyecto Sede Integral Compensar Centro Mayor, realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas

Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador Henry Urueña Tovar.
cargo Inspector.
C.C. 1217692.

179

Bogotá, 06 de octubre de 2025

Señor
Jeferson Stiven Vargas Feliciano
Ayudante

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES- Ninguna

Sin embargo, desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 57.122.380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo Ayudante
C.C. 1.003.907.928

1180

Bogotá, 08 de Octubre de 2021

Señor
Jhon Jairo Gonzales.

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones:

- Uso de EPP- Realizar Pausas Activas - Realizar Defore 3 veces por Semana
- Dieta balanceada Fraccionada y ensaladas - Realizar Cambios Posturales cada 3 horas.
- Valoración Anual por EPS.
- Usar Gafas de corrección visual para la labor.
-

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo del proyecto Sede Integral Compensar Centro Mayor, realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Prieto

Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador Jhon Jairo Gonzales.
cargo Operador Mecanizado
C.C. 80851938

1181

Bogotá, 30 de Septiembre 2025

Señor
José Alexis Cuervo Cuervo.
Ayudante De Obra

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES- Ninguna

Sin embargo, desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 53122380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo Ayudante De Obra.
C.C. 80.063.858

182

Bogotá, 08 de Octubre de 2021

Señor
Juan Camilo Borja
Operador de Retro Excavadora. (Maquinaria).

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones:

- Uso de EPP.
- Pausas Activas.
- Uso de tapabocas
- Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación
- Balanceada
- Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y Sustancias Psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo del proyecto Sede Integral Compensar Centro Mayor, realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Fabiola Rojas

Demoliciones H&D SAS

Recibido

Camilo Borja

Nombre del colaborador
cargo
C.C. 1005743034

1183

Bogotá, 06 de Noviembre de 2025

Señor
Lara Sánchez Luis Alberto
Ayudante De Obra

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 57122380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Luis Alberto Lara

Nombre del colaborador
cargo Ayudante
C.C. 80813423

1184

Bogotá, 24 de octubre de 2025

Señor
Manuel Alfonso Ventura
Ayudante

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES- Ninguna

Sin embargo, desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio fisico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
cc. 52122380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo Ayudante
C.C.80.372.995

185



Bogotá, 02 de Noviembre de 2025

Señor
Paola Fernanda Sánchez Bayona
Siso

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones médicas:

SIN RECOMENDACIONES

Sin embargo desde el área SST Se recomienda.

* Uso de EPP
* Pausas activas
* Uso de tapabocas
* Lavado frecuente de manos, ejercicio físico a diario, mantener alimentación balanceada.
* Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo, desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de Demoliciones H&D SAS realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas
CC: 1.122.380

Paola Rojas
Inspector SST
Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo SISO
C.C.1000621968

1906

H&D S.A.S. DEMOLICIONES

Demoliciones y Excavaciones



NIT: 901.296.539-6

Bogotá. D.C 25 de noviembre 2025

Señor:
JEFFERSON STIVEN VARGAS FELICIANO
Ayudante de Obra
Correo: jennifercastillo16042023@gmail.com
Ciudad

Asunto: Examen de Egreso

Dando cumplimiento al proceso de retiro por terminación de contrato se debe presentar a exámenes médicos de egresos 26 de noviembre 2025 en la CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Centra, CIMA IPS OCUPACIONAL.

Tiene un plazo de 5 días hábiles para realización de los exámenes, a partir de la fecha esta notificado, si en este tiempo no se ha realizado los exámenes se dará por entendido que usted goza de buen estado de salud.

NOTA: Se le informa por el corro y el wasap

DEMOLICIONES H&D SAS
Henry Urueña Tovar
Representan Legal

ANEXO 2.5N REPORTE CUMPLIMIENTO PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS (PREVENCION, PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS)

	FORMATO	Código: FT-SST-079
	CONFORMACIÓN DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original
		Pagina 1 de 1

BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS





OBJETIVO

Contar con un grupo de personas capacitadas para afrontar de manera adecuada cualquier emergencia médica, buscando salvaguardar la vida del o los implicados.

GENERALIDADES

La operatividad del Plan MEDEVAC, debe ser conocida por todo el personal, soportado por la brigada de primeros auxilios, quienes tendrán a su cargo la prestación y soporte primario en primeros auxilios al lesionado o paciente.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de primeros auxilios junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Al lado de la estación transmicable paraiso mirador, frente del almacén de obra

Los integrantes de la brigada o cuadrilla de primeros auxilios se colocarán a disposición del Coordinador de SST, para recibir órdenes especificas y atender a los lesionados.

PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

Todo el personal del grupo, recibirán orientación sobre los principales aspectos en la prestación de los primeros auxilios.

Todo el personal integrante de la brigada de Primeros Auxilios recibirá instrucciones especificas previas para enfrentar de manera adecuada la emergencia médica.

Integrantes de la brigada de Primeros Auxilios

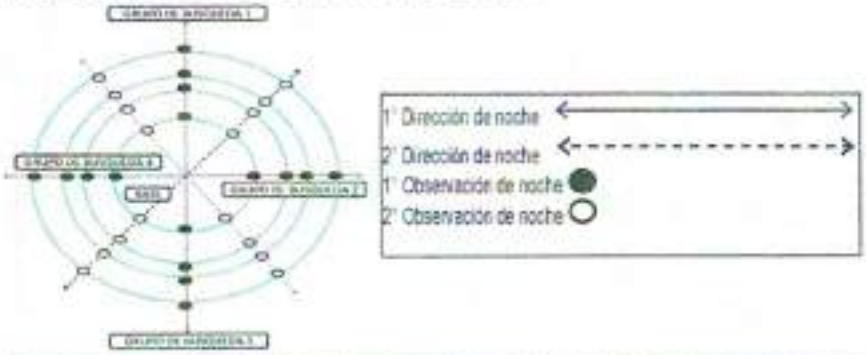
1	Fernando Sanchez Bayona
2	Alicia [illegible]
3	José Rodrigo Posada

Andres Felipe Lopez Sua

	FORMATO	Código: FT-SST-081
	CONFORMACIÓN DE BRIGADA DE EVACUACIÓN, BUSQUEDA Y RESCATE	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original
		Pagina 1 de 1

BRIGADA DE BUSQUEDA Y RESCATE





OBJETIVO

Establecer procedimientos específicos para evacuar y rescatar lesionados y/o personal vulnerable ante cualquier emergencia, Tales como: incendio, terremoto, sismo, accidentes de tránsito, explosiones etc., que ponga en peligro la integridad física y mental de las personas, buscando salvaguardar la vida de las mismas.

GENERALIDADES

La operatividad de los planes de contingencia para los diferentes eventos, debe ser conocida por todo el personal, soportada por la cuadrilla de rescate, quienes tendrán a su cargo el soporte primario ante cualquier evento que involucre rescate de personas.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de Busqueda y Rescate junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Junto a la estación del transmicable paraios mirador

Los integrantes de la brigada se colocaran a disposición del coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo para iniciar la evacuación, rescate y atención primaria de los lesionados.

PERSONAL DE BUSQUEDA Y RESCATE

Todo el personal del grupo, tanto administrativos y operativos recibirán orientación sobre los principales aspectos en la evacuación y rescate de personas.

Todo el personal integrante de la cuadrilla de rescate, recibirá instrucción básica previa sobre sus roles y responsabilidades dentro de la cuadrilla para actuar de forma armónica.

Integrantes de la brigada de Busqueda y Rescate

1	Fernanda Sanchez Zapata
2	Eliecer Rivera
3	José Rodrigo Quinceles

Andres Felipe Lopez Sua

	FORMATO	Código: FT-SGI-009
	CONFORMACIÓN DE BRIGADA CONTRA INCENDIOS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

BRIGADA CONTRA INCENDIOS

OBJETIVO

Intervenir con los medios disponibles para tratar de evitar que se produzcan daños y pérdidas en las instalaciones como consecuencia de una amenaza de incendio.

GENERALIDADES

FUNCIONES

Realizar continuamente inspecciones a los extintores y sistemas contra incendio para determinar que están en condiciones de operación

Conocer el uso de los equipos de extinción de fuego, de acuerdo con cada tipo de fuego acorde a las instrucciones recibas en el proceso de formación

Operar los equipos contra incendio, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el ente capacitador cuando la situación de emergencia lo exija.

Reportar las situaciones de emergencia a los bomberos junto con las actuaciones llevadas a cabo.

PERSONAL DE CONTRA INCENDIOS

Integrantes de la brigada Contra Incendios

1	Fernando Sanchez Bayona	Andrés Felipe Lopez Sua
2	Eliecer [illegible]	
3	Jose Rodrigo Granada	

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

Fecha de Solicitud de ingreso	DD	18	MM	11	AAAA	2026

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista

Apellidos y Nombres	GRANADA PALACIO JOSE RODRIGO
Área de Trabajo	SST
Cargo desempeñado	INSPECTOR SST
Antiguedad en la compañía (meses)	1
Nombre del Jefe Inmediato	FROILAN ANDRES COLORADO
Teléfono oficina y extensión	3105556674



2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	31862298	Edad	42	No. Celular	3115533226	GR. Sang y RH	A+		
Estatura (mts)	1.63	Peso (Kg)	69	Estado Civil	SEPARADO				
Fecha de Nacimiento	DD 11	MM 1	AAAA 1983	Lugar de Nacimiento	ARMENIA / QUINDIO				
Dirección de domicilio brigadista	CRRA 9A # 7A-35 SIBATE			Teléfonos	31155363226				
En caso de emergencia avisar a	JOSE RODRIGO GRANADA VALBUENA			Parentesco	PAPA				
Telefonos fijos del acudiente	N.A			Celular acud	3165869906				

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
JOYCO	JOYCO	BRIGADISTA	8
POWERCHINA	POWERCHINA	JEFE DE BRIGADA	8

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
PRIMEROS AUXILIOS	40	SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN LABORES MINERAS SUBTERRANEAS - AVANZADO PARA PERSONAL TECNICO	80	SENA

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
N.A	N.A	N.A

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Jose Rodrigo Granada Palacio

Jose Rodrigo Granada Palacio

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ Si ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA | **BRIGADISTA INSIPIENTE**

OBSERVACIONES

Jose Rodrigo Granada Palacio

Jose Rodrigo Granada Palacio

Firma del Jefe de la Brigada

1193

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

Fecha de Solicitud de ingreso	DD	18	MM	11	AAAA	2025

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista

Apellidos y Nombres	ANDRES FLIPE LOPEZ SUA
Área de Trabajo	TECNICO OPERATIVO
Cargo desempeñado	AUXILIAR DE INGENIERIA
Antiguedad en la compañía (meses)	24
Nombre del Jefe Inmediato	ANDRES COLORADO
Teléfono oficina y extensión	3105556674



2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	1010234991	Edad	28	No. Celular	3212812863	GR. Sang y RH	A+
Estatura (mts)	1,78	Peso (Kg)	85	Estado Civil	SOLTERO		
Fecha de Nacimiento	DD 5	MM 7	AAAA 1997	Lugar de Nacimiento	BOGOTA		
Dirección de domicilio brigadista	CR 80J # 71F-25 SUR			Teléfonos			
En caso de emergencia avisar a	RODRIGO LOPEZ			Parentesco	PADRE		
Telefonos fijos del acudiente				Celular acud	3208344656		

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
N/A	CONSORCIO SOPCAR	BRIGADISTA	1

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
N/A	N.A	N.A

5. Acondicionamiento fisico

Deporte Practicado	Intensidad semana (dias)	Tiempo practica (horas)
N/A	N.A	N.A

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ SI ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA BRIGADISTA EVACUACION Y EMERGENCIAS

OBSERVACIONES

Jose Rodrigo Granada Palacio

Firma del Jefe de la Brigada

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN Original

Fecha de Solicitud de ingreso	DD	18	MM	11	AAAA	2025

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista



Apellidos y Nombres	Eliecer Yesid Mora Alarcon
Área de Trabajo	Operativo
Cargo desempeñado	Ayudante de Construcción/Demolición
Antiguedad en la compañía (meses)	1 MES.
Nombre del Jefe Inmediato	Henry Vivaca
Teléfono oficina y extensión	3125892780

2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	1086274534	Edad	34	No. Celular	3209757480	GR. Sang y RH	A+
Estatura (mts)	1.60	Peso (Kg)	66	Estado Civil	Soltero	SOLTERO	X
Fecha de Nacimiento	DD 12	MM 06	AAAA 1991	Lugar de Nacimiento	Bogotá D.C		
Dirección de domicilio brigadista	Cra 68e 1A 95			Teléfonos	3209757480		
En caso de emergencia avisar a	Valilde Alarcon			Parentesco	Mamá		
Telefonos fijos del acudiente	3008680668			Celular acud	3142743551		

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
-	-	BRIGADISTA	1

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
N.A	N.A	N.A

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
Futbol	3 días	90 minutos

	FORMATO	COD FT-SST-071
		FECHA 13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Eliecer

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ Si ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA: BRIGADISTA EVACUACION Y EMERGENCIAS

OBSERVACIONES

José Roberto Pinzón Páez

Firma del Jefe de la Brigada

197

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

Fecha de Solicitud de Ingreso DD 18 MM 11 AAAA 2025

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista



Apellidos y Nombres	Paola Fernanda Sanchez Bayona
Área de Trabajo	SST
Cargo desempeñado	Inspectora SST
Antigüedad en la compañía (meses)	1 mes
Nombre del Jefe Inmediato	Henry Urueña.
Teléfono oficina y extensión	3125715780

2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	1000621968	Edad	28	No. Celular	3507987778	GR. Sang y RH	O+
Estatura (mts)	1,56	Peso (Kg)	57	Estado Civil	Soltera	SOLTERO	X
Fecha de Nacimiento	DD 04 MM 12 AAAA 2025			Lugar de Nacimiento	Bogotá		
Dirección de domicilio brigadista	Cra 9 este #30c sur 27			Teléfonos	3507987778		
En caso de emergencia avisar a	Sandra Bayona			Parentesco	Mamá		
Telefonos fijos del acudiente	3115373427			Celular acud	3142743551		

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
Brigada IRCU	Obrascol SAS Constructora	BRIGADISTA	1

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
Atención Primeros Auxilios Emergencia Basica.	1 hora	ARL Sura
Atención Primeros Auxilios Fracturas/Heridas	1 hora	ARL Sura
Atención a Cortes e Incendios	1 hora	ARL SURA
Basico de Primeros Auxilios	10 Horas.	Alturas y Confinados SAS

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
Futbol	1 día	3 horas
Danza	1 día	2 Horas

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ SI ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA BRIGADISTA EVACUACION Y EMERGENCIAS

OBSERVACIONES

José Roberto Pinzón Rojas

Firma del Jefe de la Brigada

1199

Código de validación: PA055

ALTURAS Y SERVICIOS E&M SAS

NIT: 901452687 – 7

Licencia S.O. 8335 del 27 de Marzo de 2021 Expedida por la Secretaría de Salud De Bogotá.

CERTIFICA QUE:

PAOLA FERNANDA SANCHEZ BAYONA



C.C 1.000.621.968

Asistió y Aprobó el Curso:

BASICO DE PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad horaria de 10 horas.
Realizado en la ciudad de Bogotá, el 12 Enero de 2024
Se Expide en la ciudad de Bogotá el 12 Enero día de 2024

Eliecer Mendoza
Representante Legal

John Fredy Parada
Resolución N°25-0085 De 07/02/2019
Entrenador TSA

Cel: 7898152 - 324 3645995 – Dir. carrera 27 -77-20 – E-Mail: verificacion@alturasyserviciosaym.com.co - Web: www.alturasyserviciosaym.com.co

Scanned with CamScanner



ANEXO 2.5Ñ INVESTIGACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo durante el periodo comprendido entre el 23/10/2025 y el 22/11/2025 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC/NIT:	901953312
CONTRATO:	1205211
CIUDAD:	BOGOTA, D.C.
INICIO VIGENCIA:	16/09/2025
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 20 días del mes de noviembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667, gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 20/11/2025 16:37:23. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales

ANEXO 2.5O INSPECCIONES Y CRONOGRAMA DE INSPECCIONES

	FORMATO	Código:
		Fecha: 13/05/2025
	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES	Versión: Original

ACTIVIDADES	AREA O PROCESO	RESPONSABLES	OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OBSERVACIONES
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	
Inspección de EPP	Diferentes obras	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspecciones de Herramientas manuales	Diferentes obras	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de extintores	Administración	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Botiquines	Administración	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de instalaciones Locativas	Administración	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Vehículos	Vehículo	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de maquinaria	Obra	Residente SST	0	0				0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

ACCION GENERADA ACCION CERRADA

ACTIVIDADES	AREA O PROCESO	RESPONSABLES	GESTION DE ACCIONES CORRECTIVAS																								OBSERVACIONES
			AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	
Inspección de EPP	Diferentes obras	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspecciones de Herramientas manuales	Diferentes obras	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de extintores	Administración	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Botiquines	Administración	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de instalaciones Locativas	Administración	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Vehículos	Vehículo	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de maquinaria	Obra	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

ACTIVIDADES PROGRAMADAS MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR ANUAL		
	0	7	7	7	7	7	7	0	0	0	0	0	42		
ACTIVIDADES EJECUTADAS MES	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO/MES	#¡DIV/0!	100%	0%	0%	0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	17%		

124

	FORMATO	Código: FT-SST-105
	FORMATO INSPECCIÓN BOTIQUÍN OBRAS-OFICINAS	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Fecha: 14/11/2025 Área/Proyecto: FONDIGER - OBS_202_

Personal capacitado en uso SI

Realizado Por: Jose Rodrigo Plazuela Palacios

Elemento	Presentación	Cantidad	Bueno	Malo	N.A	Fecha Vencimiento	Observaciones
Tapabocas desechables	Unidad	4	X			N.A.	
Monogafas	Unidad	3	X			N.A.	
Solución yodada	Frasco	1	X			OCT 26	
Guantes Nitrilo	Caja por pares	12 PARES	X			N.A.	
Solución salina normal	Unidad	2	X			ABR 26	
Gotas de lágrimas naturales	Gotero	1	X			ABR 27	
Linterna pequeña Led	Unidad	2	X			N.A.	
Tijeras	Unidad	2	X			N.A.	NORMAL - ROETATORO
Gasas individuales precortacas	Paquete	8	X			OCT 2030.	
Esparadrapo de tela	Rollo	1	X			N.A.	
Micropore	Rollo	1	X			N.A	1"
Curas	Paquete	1	X			N.A	
Baja lenguas	Paquete	1	X			N.A	PAQUETE X 20 UNIDADES
Venda triangular	Unidad	1	X			N.A.	
Vendas elásticas	Unidad	4	X			NA	
Termómetro	Unidad	1	X			NA	DIGITAL
Aplicadores o copitos	Paquete	1	X			NA	PAQUETE X 20 UNIDADES
inmovilizador maleable (Brazos y pierna)	Unidad	2	X			NA	
inmovilizador cervical	Unidad	2	X			NA	
Parche ocular	Unidad	13	X			NA	
Pito	Unidad	1	X			NA	
Manual de primeros Auxilios	Unidad	2	X			NA	
Ubicación del Botiquin	OFICINA	1	X			NA	
Camilla (Facil acceso)	Unidad	1	X			NA	

N°Hallazgo	Plan de Acción	Fecha	Responsable

Seguimiento al cierre

N°Hallazgo	Acción Tomada	Fecha de	Responsable

	FORMATO	CODIGO: FT-GP-026
	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTA	FECHA: 13/08/2025
		VERSIÓN: ORIGINAL

FECHA: 14/11/2025
OBRA: FONDIGER OBE-2CR 3
AREA INSPECCIONADA: OBRA
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: Jose Rodrigo Granada Palacio

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO B	M	NA
A	HERRAMIENTAS MANUALES	X		
1	Se usa la adecuada al trabajo	X		
2	Se encuentran en buen estado	X		
3	Se guardan y portan adecuadamente	X		
4	Los mangos de madera no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos.			
5	Se usan prensas de banco para sujetas			X
B	HERRAMIENTAS DE CORTE			X
1	Los cinceles no presentan su cabeza tipo hongo			X
2	Los cinceles se encuentran afilados			X
3	Las terrajas macho o hembra no presentan rotura de sus dientes			X
4	Las seguetas están correctamente instaladas y no presentan defectos			X
5	Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias			X
6	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos			X
7	Los cuchillos disponen de mangos y fundas			
C	HERRAMIENTAS DE GOLPE			
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor	X		
2	Sus caras y bordes están en buen estado	X		
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo	X		
D	HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES			
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas			X
2	Se observan en la llave huellas y palancas			X
3	Se dispone de llaves para golpear			X
4	Las llaves no presentan sus mordazas abiertas o deformadas			X
5	La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente			X
6	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado			X
7	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas.			X
E	HERRAMIENTAS ELECTRICAS			
1	Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)			X
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	X		
3	Están limpia y lubricadas	X		
4	Tienen sus guantas			X
5	Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas			X
6	El cable y enchufe no presentan daños			X
7	En los taladros se observa el mandil con golpes			X
8	Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños			X
9	Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados			X
10	Los collarines coinciden en diámetro y están instalados según el relieve			X
11	Se observa deterioro en las roscas o tambo en las ruedas abrasivas			X
12	Se almacenan las pulidoras y discos en sitios donde puedan ser golpeados			X
F	HERRAMIENTA NEUMATICA			
1	Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado	X		
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta	X		
3	Se trabaja a las presiones indicadas	X		
4	La herramienta es descargada al terminar	X		
5	HERRAMIENTA POR DETONACION			
6	El personal es autorizado			X
7	Emplean los elementos de protección			X
8	Se descarga y es almacenada			X

OBSERVACIONES

Andres Felipe
RESPONSABLE DEL AREA

Jose R. Granada
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

1206

	FORMATO	Codigo:FT-SST-113
	FORMATO INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA:13/08/2025
		Versión:Original

FECHA INSPECCIÓN		
DD	MM	AAAA
14	11	2025

INSPECCIONADO POR: José Rodrigo Granada Palacio
ÁREA O PROYECTO: RONDEL - 066-2025
FIRMA: José R. Granada
CARGO: Inspector SST

NOMBRE DEL TRABAJADOR		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Dania del Pozo Sanchez Ferro	E	B		B		NA		B		B		B		B				NA		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B				NA		NA		NA		NA		
Andres Felipe Lopez Suca	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
Froilan Andres Colorado Becerra	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
Brandon Hernan Quintero Serna	E	B		B		NA		B		B		B		B		NA		B		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B		NA		B		NA		NA		NA		
Jose Rodrigo Granada Palacio	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
Benjamin Ramos Gomez	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
Jonatan Ramos Rojas	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NA		
	E																									
	U																									
	E																									
	U																									

COMPORTAMIENTO FRENTE AL RIESGO

1 CASCO DE SEGURIDAD
2 BOTAS DE SEGURIDAD En CUERO CON PUNTERA ACERO O DIELECTRICAS
3 BOTAS DE CAUCHO
4 GAFAS DE SEGURIDAD
5 PROTECTORES AUDITIVOS
6 PROT. RESPIRATORIA
7 ROPA DE TRABAJO (OVEROL - CHAQUETA Y JEANS)
8 IMPERMEABLE DOS PIEZAS (PANTALÓN Y CHAQUETA)
9 GUANTES (LONA - CARNAZA - NITRILO - OTROS)
10 CARETA (SOLDADOR - ESMERILADO - SAND BLASTING - OTROS)
11 ARNES
12 DOTACION GUARDAMADOR

CONVENCIONES B: BUENO M: MALO E: ESTADO U: USO

	FORMATO	Código: FT–SST-107
	FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES LOCATIVAS	Fecha: 13/08/2021
		Versión: Original

FECHA INSPECCIÓN: 14/11/2025 CIUDAD: Bogotá

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: José Rodrigo Granados Peñuela

Nº	CLASE DE EXTINTOR	CAPACIDAD Lb ó Kg	FECHA PROXIMA RECARGA	CONDICIONES GENERALES INSPECCIÓN VISUAL							OBSERVACIONES
				UBICACIÓN		MANOMETRO	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	SEÑALIZACIÓN DE ACUERDO AL AGENTE EXTINTOR	
				EN PARED A 1.20 -1.50 MTS	BASE DE PISO						
1	ABC	10LB.	OCT 2026	N.A	X	B	NA	B	B	B	OFICINA
2	ABC	10LB	OCT 2026	N.A	X	B	N.A	B	B	B	OFICINA
3	ABC	10 LB.	NOV 2026	N.A	NO TIENE	B	N.A	B	B	NO TIENE	OBRA CALPA.
4	ABC	10 LB	NOV 2026	N.A	NO TIENE	B	N.A	B	B	NO TIENE	OBRA CALPA



TIPOS DE EXTINTORES		
Tipo A	A	Madera, papel, trapos, plastico
Tipo B	B	GLP, gasolina, pinturas, aceites, lubricantes
Tipo C	C	Equipo electricos conectados (energizados)

	FORMATO	Código: FT-SST-110
	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA Y MANTENIMIENTO DE ORDEN Y ASEO	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Fecha de inspección: 14/11/2025 Hora: 9:00am	Area / Unidad operativa: Oficinas	Localidad:	Bogotá
Inspección realizada por: Jose Rodrigo Ramirez	Nombre responsable unidad: Jose Rodrigo Ramirez		
Dirección:	Telefono: 3118333226		

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	Estado (Marcar con X)			OBSERVACIONES
		Aceptable	Requiere mejora	NA	
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	X			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	X			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).			X	
1.6	La temperatura es confortable.	X			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			X	
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas)	X			
2.6	Techos en buen estado (Sin goteras).	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	X			
3,0	El área de trabajo está libre de objetos innecesarios.	X			
3,1	Los pasillos están despejados y señalizados.	X			
3,2	Hay suficiente espacio para el movimiento.	X			
3,3	Huecos y excavaciones señalizadas			X	
3	PELIGROS ELÉCTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente encauchetados	X			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	X			
3.5	Cables en buen estado	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.			X	
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.			X	
3,8	Los cables eléctricos están organizados y no representan un riesgo de tropiezo	X			
3,9	Existe señalización de peligros	X			
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			
4.2	Extintores de carga vigente.	X			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	X			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de telefonos de emergencia a la mano?.	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud o hospitales de referencia cercanos?	X			

6	PELIGROS BIOLOGICOS				
6,1	El area esta libre de insectos y roedores	X			
6	PELIGROS BIOMECANICO				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	X			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	X			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles			X	
7	ORDEN Y ASEO				
7,1	Los contenedores están limpios.	X			
7,2	Los residuos están separados según el tipo (reciclables, orgánicos, etc.)	X			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	X			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
7,5	Hay suficientes contenedores para disposicion de los residuos sólidos	X			
8	SANEAMIENTO BASICO				
8,1	Unidades Sanitarias Limpias y en buenas condiciones higienicas	X			
8,2	Unidades sanitarias separadas para hombre y mujer			X	
8,3	Luminarias de baños en buen estado	X			
8,4	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa	X			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.			X	
9	PELIGRO MECANICO				
9,1	Equipos y herramientas en buen estado	X			
9,2	Las herramientas serán guardadas en sus lugares designados.	X			
9,3	La Maquinaria en obra esta en buenas condiciones mecanicas (pitos, reversas, espejos retrovisores			X	
10	PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	X			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral	X			
10,4	Los funcionarios conocen la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	X			
11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11,1 Agua y energía	Horno microondas. (Si aplica)	X			
	Nevera. (Si aplica)	N A			
	Cafetera. (Si aplica)	X			
	Aire Acondicionado. (Si aplica)	N A			
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)	X			
	Computador. (Si aplica)	X			
	Otro.	N.A			
11,2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.	N A			
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.	N A			
	Otro.	N.A			

OBSERVACIONES

José R. Granados
Firma responsable inspección

José E. Granados
Firma Responsable SST

12 10

	FORMATO	CÓDIGO: FT-GP-020
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VEHÍCULOS LIVIANOS	FECHA: 31/Octubre/2022
		VERSIÓN: Original

No. Interno o Placa	GSU870	Obra o contrato	Fondiger088-2025	Tipo de vehículo	Camioneta
Conductor	Brandon Quintero			Marca	Volkswagen	Modelo	2020

Seguro obligatorio:	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	07 de Marzo 2026
Seguro de automóvil contra todo riesgo	SI	NO X	Fecha de vencimiento:	
Revisión Técnico Mecánica	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	11 de Diciembre 2025
Licencia de tránsito	SI X	NO		
Licencia de conducción	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección :																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Parte externa	Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños.																												C	C	C	C
	Estado de las llantas: Presión, defectos., aseo general.																												C	C	C	C
	Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones).																												C	C	C	C
	Luces bajas, altas,cocuyos, parqueo,direccionales,frenos,exploradoras etc																												C	C	C	C
	Exhosto: Roturas, porosidad.																												C	C	C	C
Compartimento de motor	Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos.																												C	C	C	C
	Agua de batería.																												C	C	C	C
	Conexiones de cables: Mangueras, correas.																												C	C	C	C
Interior del vehículo	Tablero de instrumentos: Velocimetro, gasolina, carga de batería, direccionales, temperatura, luces.																												C	C	C	C
	Espejos: Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad.																												C	C	C	C
	Pito y alarma de reversa.																												C	C	C	C
	Frenos: Hacer prueba de frenado.																												C	C	C	C
	Posición del asiento. Cinturones de seguridad, Palanca de cambios: hacer prueba y verificar caja de cambios.																												C	C	C	C
	Limpia brisas delantero y trasero																												C	C	C	C
	Volante: Hacer prueba y verificar dirección normal.																												C	C	C	C

211

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Marcha	Detectar ruidos u olores extraños.																															
Otros	Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato,																															
	Conos de señalización de trabajos en carretera.																															
	Botiquín de primeros auxilios dotado.																															
	*Extintor de incendio	Clase:									Capacidad:									Fecha de vencimiento:												

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1.
2.
3.
4.

Nombre persona a cargo de vehículo: Brandon Quintero Cargo: Conductor Firma:

Inspeccionado por: Jose Rodrigo Pineda Cargo: Inspector SSC Firma: Jose R Pineda

	FORMATO	CÓDIGO: FT-GP-020
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VEHÍCULOS LIVIANOS	FECHA: 31/Octubre/2022
		VERSIÓN: Original

No. Interno o Placa	GSN 810	Obra o contrato	Fondigeroo9-2025	Tipo de vehiculo	Camioneta		
Conductor	Brandon Quintero			Marca	VOLKSWAGEN	Modelo	2020

Seguro obligatorio:	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	07 de Marzo 2026
Seguro de automóvil contra todo riesgo	SI	NO X	Fecha de vencimiento:	
Revisión Técnico Mecánica	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	11 de Diciembre 2025
Licencia de tránsito	SI X	NO		
Licencia de conducción	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehiculo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Parte externa	Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Estado de las llantas: Presión, defectos., aseo general.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones).	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Luces bajas, altas,cocuyos, parqueo,direccionales,frenos,exploradoras etc	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Exhosto: Roturas, porosidad.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
Compartimento de motor	Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Agua de batería.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Conexiones de cables: Mangueras, correas.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
Interior del vehiculo	Tablero de instrumentos: Velocimetro, gasolina, carga de batería, direccionales, temperatura, luces.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Espejos: Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Pito y alarma de reversa.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Frenos: Hacer prueba de frenado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Posición del asiento. Cinturones de seguridad. Palanca de cambios: hacer prueba y verificar caja de cambios.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Limpia brisas delantero y trasero	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									
	Volante: Hacer prueba y verificar dirección normal.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C									

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Marcha	Detectar ruidos u olores extraños.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C											
Otros	Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato,	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C											
	Conos de señalización de trabajos en carretera.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						C	C											
	Botiquín de primeros auxilios dotado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C											
	*Extintor de incendio	**Clase:**									**Capacidad:**									**Fecha de vencimiento:**											

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1. Cono Señalizacion
2. Herramienta menor
3.
4.

Nombre persona a cargo de vehículo: Brandon Quinteros Cargo: Conductor Firma: Brandon Quinteros

Inspeccionado por: Jose Rodrigo Plancarte Cargo: Inspector SST Firma: Jose R. Plancarte

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno	MC 323457	Obra o contrato	Fondo 088 2025
Operador	Juan Camilo Parra	Marca	Hitachi

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehiculo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Noviembre																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	De trabajo traseras (Nocturno)						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C											
Cabina	Espejos laterales						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	*Cinturón de seguridad						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Asiento en buen estado						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Vidrio panorámico en buen estado						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Control ingreso humo(tubo de escape)						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Alarma de retroceso-pito						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Escalera y apoyos de acceso						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Funcionamiento de puertas						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Baterias y cables						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Estado de pasadores						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Mecanismo de giro(Tornameza)						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Corona de tornameza en buen estado						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Mandos de avance						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	*Mando de estacionamiento						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Estado general desgarrador (balde)						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Mandos del levante del brazo						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Correas del motor						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Sistema de frenos						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Sistema electrico						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Mando Final						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	*Cilindros en buen estado						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Compartimiento del motor aseado						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Soportes del motor						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Manguera de agua y de alta presión						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Zapatas						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Alternador						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Arranque						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										
	Bomba hidraulica						C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C										

| | | |

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno	MC 503938	Obra o contrato	Concreto YB
Operador	Ronaldo Gonzalez	Marca	Hitachi

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Noviembre																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)																															
	De trabajo traseras (Nocturno)																															
Cabina	Espejos laterales																															
	*Cinturón de seguridad																															
	Asiento en buen estado																															
	Vidrio panorámico en buen estado																															
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)																															
	Control ingreso humo(tubo de escape)																															
	Alarma de retroceso-pito																															
	Escalera y apoyos de acceso																															
	Funcionamiento de puertas																															
	Baterías y cables																															
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas																															
	Estado de pasadores																															
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"																															
	Mecanismo de giro(Tornameza)																															
	Corona de tornameza en buen estado																															
	Mandos de avance																															
	*Mando de estacionamiento																															
	Estado general desgarrador (balde)																															
	Mandos del levante del brazo																															
	Correas del motor																															
	Sistema de frenos																															
	Sistema electrico																															
	Mando Final																															
	*Cilindros en buen estado																															
	Compartimiento del motor aseado																															
	Soportes del motor																															
	Manguera de agua y de alta presión																															
	Zapatas																															
	Alternador																															
	Arranque																															
	Bomba hidraulica																															

12

	Rodillos Inferiores - Superiores				/	C	C	C		C																							
Otros	Se cuenta con lo EPP requeridos? (Casco, gafas, botas, tapaoidos?			/		C	C	C	C		C																						
	El terreno tiene la suficiente consistencia para los apoyos (orugas) no se hundan durante la maniobra?			/		C	C	C	C		C																						
	Botiquin de primeros auxilios dotado.					C	C	C	C		C																						
	*Extintor de incendio C	Clase:			ABC					Capacidad:		10								Fecha de vencimiento:													

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los ítems con asterisco (*) invalida la aprobación de la retroexcavadora por parte del Auxiliar o jefe de maquinaria
Para el resto de los ítems que se encuentren en observación (I) incumpliendo se deberá gestionar en campo de acuerdo al requerimiento.

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Nombre de la persona a cargo de la maquina:	Cargo: Operador	Firma:	
Inspeccionado por: Jose Rodrigo Gonzalez	Cargo: Inspector SST	Firma: Jose R. Gonzalez	

213

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno	HCO-1664	Obra o contrato	Consorcio VB Adecuaciones Fenicia
Operador	Samuel Mesa	Marca	HITACHI

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Noviembre																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	De trabajo traseras (Nocturno)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
Cabina	Espejos laterales				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	*Cinturón de seguridad				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Asiento en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Vidrio panorámico en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Control ingreso humo(tubo de escape)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Alarma de retroceso-pito				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Escalera y apoyos de acceso				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Funcionamiento de puertas				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Baterías y cables				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Estado de pasadores				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Mecanismo de giro(Tornameza)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Corona de tornameza en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Mandos de avance				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	*Mando de estacionamiento				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Estado general desgarrador (balde)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Mandos del levante del brazo				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Correas del motor				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Sistema de frenos				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Sistema electrico				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Mando Final				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	*Cilindros en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Compartimiento del motor aseado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Soportes del motor				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Manguera de agua y de alta presión				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Zapatas				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Alternador				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Arranque				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									
	Bomba hidraulica				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C									

| | | |

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2026
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Erick Santiago Rodriguez	MARCA Y PLACA	SMN 004	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Espejos laterales												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Alarma de retroceso												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Piso												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Frenos												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Dirección del vehículo												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Cinturón de seguridad												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Cabina general												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Cojinería												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Limpiabrisas												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Vidrio frontal												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Escaleras y apoyos												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Llantas (aire, labrado)												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Pasadores compuerta del volco												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Bateria y cables												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Gatos de levanta del volco												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Sistema eléctrico aislado												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Cardam con seguros												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Motor												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Transmisión												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Equipo de carretera												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Botiquín												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Llanta de repuesto												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Documentos												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Verificar fugas de aceite												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									
Radio de comunicaciones												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC									

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST:
		Jose E. Granados

221

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Manuel Jimenez C.	MARCA Y PLACA	EYY 559	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias				/			/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/	·	SC	SC	SC										
Espejos laterales										SC	SC	SC							SC	SC	SC									
Alarma de retroceso			/							SC	SC	SC	/	/			/		SC	SC	SC									
Pito										SC	SC	SC	/		/	/			SC	SC	SC									
Frenos										SC	SC	SC	/	/	/	/			SC	SC	SC									
Dirección del vehículo										SC	SC	SC				/	/		SC	SC	SC									
Cinturón de seguridad										SC	SC	SC	/		/		/		SC	SC	SC									
Cabina general										SC	SC	SC	/	/	/		/		SC	SC	SC									
Cojinería										SC	SC	SC	/	/	/				SC	SC	SC									
Indicadores/refrigeración.hidráulico, motor										SC	SC	SC		/		/	/		SC	SC	SC									
Limpiabrisas										SC	SC	SC	/		/		/		SC	SC	SC									
Vidrio frontal										SC	SC	SC	/	/	/		/		SC	SC	SC									
Escaleras y apoyos										SC	SC	SC		/					SC	SC	SC									
Llantas (aire, labrado)										SC	SC	SC	/		/				SC	SC	SC									
Pasadores compuerta del volco										SC	SC	SC	/		/				SC	SC	SC									
Bateria y cables										SC	SC	SC		/			/		SC	SC	SC									
Gatos de levante del volco										SC	SC	SC		/			/		SC	SC	SC									
Sistema eléctrico aislado										SC	SC	SC	/		/		/		SC	SC	SC									
Cardam con seguros										SC	SC	SC	/	/			/		SC	SC	SC									
Motor										SC	SC	SC	/	/			/		SC	SC	SC									
Transmisión									/	SC	SC	SC	/	/	/		/		SC	SC	SC									
Equipo de carretera										SC	SC	SC	/		/		/		SC	SC	SC									
Botiquín										SC	SC	SC			/		/		SC	SC	SC									
Llanta de repuesto										SC	SC	SC	/	/			/		SC	SC	SC									
Documentos										SC	SC	SC	/	/	/		/		SC	SC	SC									
Verificar fugas de aceite										SC	SC	SC	/	/	/		/		SC	SC	SC									
Radio de comunicaciones										SC	SC	SC							SC	SC	SC									

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Manuel Jimenez C.	FIRMA SST: Jose E Granada

322

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Abel Prada	MARCA Y PLACA	Kenworth SZI 342	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias		/		/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	/		/	/	/												
Espejos laterales		/		/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	/		/	/	/												
Alarma de retroceso		/		/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC			/	/	/												
Pito		/		/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	/		/	/	/												
Frenos		/		/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC			/	/	/												
Dirección del vehículo	/			/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC			/	/	/												
Cinturón de seguridad				/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC			/		/												
Cabina general				/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	/			/	/												
Cojinería				/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	/		/	/	/												
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor		/		/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC			/	/	/												
Limpiabrisas	/			/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC			/	/	/												
Vidrio frontal			/	/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC		/	/	/	/												
Escaleras y apoyos			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Llantas (aire, labrado)			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/			/												
Pasadores compuerta del volco			/	/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	/	/			/												
Batería y cables			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	/	/		/	/												
Gatos de levante del volco	/		/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Sistema eléctrico aislado			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	/			/	/												
Cardam con seguros			/	/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Motor			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Transmisión	/		/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/	/	/													
Equipo de carretera			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/															
Botiquín			/	/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	/				/												
Llanta de repuesto			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Documentos			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Verificar fugas de aceite			/	/	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												
Radio de comunicaciones			/	/	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC		/		/	/												

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Abel Prada	FIRMA SST: José R Bonacha

223

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple.

OPERADOR	Sebastian Cardenas	MARCA Y PLACA	THX 556	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias								SC		SC		SC																			
Espejos laterales								SC		SC		SC																			
Alarma de retroceso								SC		SC		SC																			
Pito								SC		SC		SC																			
Frenos								SC		SC		SC																			
Dirección del vehículo								SC		SC		SC																			
Cinturón de seguridad								SC		SC		SC																			
Cabina general								SC		SC		SC																			
Cojinería								SC		SC		SC																			
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor								SC		SC		SC																			
Limpiabrisas								SC		SC		SC																			
Vidrio frontal								SC		SC		SC																			
Escaleras y apoyos								SC		SC		SC																			
Llantas (aire, labrado)								SC		SC		SC																			
Pasadores compuerta del volco								SC		SC		SC																			
Bateria y cables								SC		SC		SC																			
Gatos de levanta del volco								SC		SC		SC																			
Sistema eléctrico aislado								SC		SC		SC																			
Cardam con seguros								SC		SC		SC																			
Motor								SC		SC		SC																			
Transmisión								SC		SC		SC																			
Equipo de carretera								SC		SC		SC																			
Botiquín								SC		SC		SC																			
Llanta de repuesto								SC		SC		SC																			
Documentos								C		SC		C																			
Verificar fugas de aceite								C		SC		SC																			
Radio de comunicaciones								SC		SC		SC																			

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST:
		Jose e Rincon

1229

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Oscar Eduardo Segura	MARCA Y PLACA	SST 120	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Espejos laterales										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Alarma de retroceso										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Pito										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Frenos										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Dirección del vehículo										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Cinturón de seguridad										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Cabina general										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Cojineria										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Limpiabrisas										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Vidrio frontal										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Escaleras y apoyos										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Llantas (aire, labrado)										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Pasadores compuerta del volco										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Bateria y cables										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Gatos de levante del volco										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Sistema eléctrico aislado										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Cardam con seguros										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Motor										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Transmisión										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Equipo de carretera										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Botiquin										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Llanta de repuesto										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Documentos										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Verificar fugas de aceite										SC	SC	SC							SC	SC	SC										
Radio de comunicaciones										SC	SC	SC							SC	SC											

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST:
		Jose L Granados

1225

ANEXO 2.5P REGISTRO ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

	FORMATO	Código: VP-FT-GAT-001
	FORMATO ENTREGA DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Fecha: 13/08/2020
		Versión: Original

ENTREGADO POR: Jose Rodrigo Pinzuka Pabuena CARGO: Inspector SST A

DATOS PERSONALES			DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL																
FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	N° DE CEDULA	Casco de seguridad	Barboquejo de 3 puntos	Gafas de Seguridad	Protector auditivo tipo copa	Protector Auditivo Silicona	Tapabocas desechable	Careta Protección Pulidora	Impermeable	Arnes cuerpo entero	Guantes de poliuretano Hyflex	Guantes Vaqueta	Guantes de Cuero Industrial	Uniforme (Camisa-Pantalón)	Botas Material Seguridad	Botas Caucho Seguridad	Otros (Especifiquel	FIRMA RECIBIDO
27/10/25	Jose Rodrigo Pinzuka Pabuena	3.186.298	1	1	1					1					2	1			Jose R Pinzuka
28/10/25	Brandon Hernan Quintero Zamora	1000.515.115										1			2	1			
27/10/25	Andres Felipe Lopez Sua.	1.010.234.991	1	1	1	1				1					2	1			
27/10/25	Freiton Andres Colorado Becerra	86.066.629	1	1	1										2	1			
27/10/25	Sonia del Pozo Sanchez Forero	52.330.248	1	1	1										2	1			
04/11/25	Jonatan Ramos Rojas	1085.036 903	1	1						1		1	1	1	1	1		Uniforme Overol	
04/11/25	Benjamin Ramos Gomez	85.203.986	1	1						1		1	1	1	1	1		Uniforme Overol	
27/10/25	Cesar Gustavo Ospina	79410.219	1		1			1								1		Chaleco	Cesar Ospina
27/10/25	Jose Miguel Angarita Duran	4209.582.	1		1			1								1		Chaleco	Miguel Angarita
27/10/25	Gustavo Alberto Lopez Duque	80.720.331	1		1			1								1		Chaleco	Gustavo Lopez
27/10/25	Yenny Cuesta Palacios	1077.435.218	1		1			1		1						1		Chaleco	Yenny Cuesta
14/11/25	Benjamin Ramos Gomez	85.203.986									1								
14/11/25	Jonatan Ramos Rojas	1.085.036.903									1								
20/11/25	Pablo Santa Malambo	93.124.243	1	1	1		1					1	1		1	1		Uniforme Overol	

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 la 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 numero 7. Ley 9 de 1979. Art. 80; DECRETO 1295 DE 1994; Art.22 y DECRETO 1072 de 2015 en el Artículo 2.2.4.6.16. el presente compromiso quedara archivado en Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

1222

HD S.A.S. DEMOLICIONES

NIT: 901.296.539-6

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Consacio VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Mayil Mila Nadora

CARGO: Ayudante — C.C. 9534921

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	DOTACIÓN	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Carnaza	Malla (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa Bocas	mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Carnaza	
04-11	✓	/	B	/	/	B	B	/	B	/	B	B	/	B	/	B	B	/	/	/	B	/	/	/	B	/	/	/	/	/	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

1228

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

HD SAS DEMOLICIONES — NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Dilan Urañez

CARGO: Ayudante — CC 1013440736

OBRA: Consorcio VB

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REVISIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nylon	Tejidos	Vitrio	Caucho	Otro	Tapa bocas	Mascarilla con Filtro	Diademas Antiruido	Peto	Polaina Tyvek	Traje Tyvek	
04-Nov	✓	✓	B	✓	✓	B	B	✓	B	✓	B	✓	✓	B	✓	B	B	✓	✓	✓	B	✓	✓	✓	B	✓	✓	✓	✓	✓	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

1229

HD DEMOLICIONES	REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN		
NIT: 901.296.539-6	CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
	FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA (Exper)

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Elicer Mora

CARGO: Ayudante — cc 1026274539

OBRA: Corocito VB

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																										FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS				
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Incrustín	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta facial	Casco	Tafilete	Kevla	Barbuquejo	Carnaza	Malla (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	mascarilla con filtro	Diadema Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Fentanyl	
04-11	✓	/	B	/	/	B	B	/	B	/	B	B	/	B	/	B	B	/	/	/	B	/	/	/	B	/	/	/	/	/	Elicer

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

1230

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

HD SAS DEMOLICIONES
NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Henry Urueña Tovar

CARGO: Inspector SPC — C.C. 1218692

OBRA: Cargamo VB Adecuaciones

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Araña	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Moteo	Caucho	Oro	Tapa bocas	manicuella con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Forestal	
04-Nov	X	/	B	/	/	B	B	B	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	B	/	/	/	/	B	/	/	/	/	/	

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Condino VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jaison Vargas

CARGO: Ayudante — cc 1003907428

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Botas de seguridad	Botas pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Incrustación	Tapa oídos	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Camisas	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	Mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Pito	Traje Tyvek	Traje Fluorescente	
04.11.25	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida, para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

NIT: 901.296.539-6	CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
	FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Consorcio VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Jairo Gonzales

CARGO: Operador — C.C. 80853438

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																											FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS				
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Taffilete	Arnés	Barbuquejo	Carnaza	Malla (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Forticanero	
05-AD	X	/	X	/	/	B	B	/	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	/	B	B	/	/	B	/	/	/	/	/	Firma

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

12 33

Scanned with CamScanner

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA (Bucaramanga)

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Carrasco VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jhon Alexis Cuevas

CARGO: Ayudante — C.C. 80063 858

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Protección	Tipo CONCHA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Camiseta	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	mascarilla con filtro	Cinturón Refractivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Forestales	
04-11	✓	✓	b	/	b	b	b	/	b	/	b	b	/	b	/	b	b	/	/	/	b	/	/	/	b	/	/	/	/	/	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

HD S.A.S. DEMOLICIONES

NIT: 901.296.539-6

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Consorcio VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Camilo Rojas

CARGO: Oficial Mantenimiento — C.C. 1005741303 11

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																													FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS								PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Arafia	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje forestanero		
06 Nov	✓	/	B	/	/	B	B	/	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	/	/	B	/	/	B	/	/	/	/	/	combo	

HD SAS DEMOLICIONES

NIT: 901.296.539-6

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Alberto Jara Sanchez

CARGO: Ayudante — C.C.

OBRA: Consorcio VB

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS								PROT. RESP		OTROS				
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Insertium	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Carnaza	Nitrilo (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Pantanero	
10-Nov	✓	/	B	/	/	B	B	/	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	/	B	/	/	/	B	/	/	/	/	/	

HD S.A.S DEMOLICIONES NIT: 901.296.539-6	REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN		
	CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
	FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alfonso Ventura

CARGO: Auxiliar — C.C. 80579195

OBRA: Coexito VB

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Botas de seguridad	Botas pantaneras	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Incrustin	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Camisa	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Maria	Caucho	Otro	Tapa boca	mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Forlaminado	
04-11	✓		B	/	/	B	B	/	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	/	B	/	/	/	B	/	/	/	/	/	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

HD S.A.S. DEMOLICIONES — NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Consorcio VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Nelson Mora

CARGO: Ayudante — C.C. 79724837

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Incrustín	Tapa OIDPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta facial	Casco	Tafilera	Arnés	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nitrilo	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa hoído	Incrustín con filtro	Chaleco reflectivo	Polo	Traje Tyvek	Traje Forestero	
04-11	✓		B			B	B		B		B	B		B		B	B				E				B						

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

12 JB

HD S.A.S. DEMOLICIONES

NIT: 901.296.539-6

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Consorcio VB.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Paola Fernanda Sanchez Bedoya

CARGO: Inspector SST — C.C. 1000621968

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																													FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT, CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Incersión	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Arnés	Barbuquejo	Canguro	Malaga (PVC)	Nylon	Vaqueta	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	Tapa bocas con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Forestal	
04 NOV	V	/	B	/	/	B	/	/	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	B	/	/	/	/	B	/	/	/	/	/		

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

HD SAS DEMOLICIONES	REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN		
NIT: 901.296.539-6	CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
	FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Cartagena VB

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Samuel Meza

CARGO: Operador Maquinaria — C.C. 80101895

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																										FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS				
	Entrega	Reposición	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Arafa	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Malla	Caucho	Otra	Tapa bocas	Mascarilla con Filtro	Chaleco Reflectivo	Poncho	Traje Tyvek	Traje Forestal	
04-11	✓	/	B	/	/	B	B	/	B	/	B	/	/	B	/	B	B	/	/	/	/	B	/	/	B	/	/	/	/	/	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

1290

ANEXO 2.5Q DOCUMENTACIÓN MAQUINARIA

	FORMATO	Código: FT-SGA-002
	RELACIÓN MAQUINARIA Y VEHÍCULOS EN OBRA	Fecha: 19/Agosto/2025
		Versión: Original

MAQUINARIA Y VEHÍCULOS	PLACA	SERIE	MODELO	MOTOR	TÉCNICO MECÁNICO	SOAT	TARJETA DE PROPIEDAD	PIN AMBIENTAL	OBSERVACIONES
EXCAVADORA	N/A	ZX120-3	2013	MC003937	N/A	N/A	SI	N/A	
RETROEXCAVADORA	N/A	EX120-5E	1999	MC031999	N/A	N/A	SI	N/A	
EXCAVADORA	N/A	ZX135US-3	2012	MC003938	N/A	N/A	SI	N/A	
VOLQUETA	SRO141	N/A	2008	35205525	6/01/2025	7/15/2025	SI	926	
VOLQUETA	SZT342	N/A	2012	35280132	26/08/2025	25/08/2025	SI	19031	
VOLQUETA	TH0556	N/A	2013	35288419	20/08/2025	25/9/2025	SI	796	
CAMIONETA	QSN810	WV12223H2LA00 1444	2020	CNF112162	11/12/2024	8/03/2025	SI	NA	
VOLQUETA	EYY559	NA	2020	EHK1-225352	24/06/2025	14/09/2025	SI	23567	
VOLQUETA	TH0810	NA	2013	9089930094867_00	21/06/2025	6/06/2025	SI	6735	
VOLQUETA	SST120	NA	2013	35301195	7/02/2025	24/10/2025	SI	25139	
VOLQUETA	SMN044	346552	2009	35100027	12/01/2025	11/01/2025	SI	16385	

1.1 Datos Vehículos

Número único de identificación:	MC503938	Clase:	EXCAVADORA
Marca:	HITACHI	Linea:	ZX135US-3
Tipo de carroceria:	SIN CARROCERIA	Color:	NARANJA
Modelo:	2012	Cilindraje:	0
Carga útil maxima:	0	Nro. motor:	4JJ1-137513
Nro. serie:	HCM1R400E00087477	Nro. chasis:	HCM1R400E00087477
Nro. VIN:		Subpartida arancelaria:	8429520000
Tipo de cabina:	NO APLICA	Tipo de maquinaria:	CONSTRUCCION
Nro. de ejes:	0	Largo:	7290.0
Alto:	2740.0	Ancho:	2590.0
Peso bruto vehicular:	13200.0	Rodaje:	ORUGAS
Fecha matricula inicial:		Estado del vehículo:	REGISTRADO
Nro. de identificación o serie del GPS de proveedor nacional:	RAS90CK11447	Empresa de habilitación del dispositivo GPS de proveedor nacional:	RASTRACK S.A.S
Nro. de IMEI del GPS de proveedor nacional:	860896050440668	Tipo de dispositivo de proveedor nacional:	2
Origen del registro:	Importación		

1143

www.importadoracasacolombia.com

IMPORTADORA CASA COLOMBIA SAS

NIT : 900,170,399 - 6
DG 16 96 G 05
BOGOTA - COLOMBIA
7460294 2506894
CONTADOR@IMPORTADORACASACOLOMBIA.COM
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4659 Tarifa 11,04

Cliente	ABRIL DEMOEXCAVA SAS		
NIT	900,303,440 - 3	**Teléfono**	6716015
Dirección	CR 54 A 167 A 32	**Vendedor**	BONILLA ARIAS MARIO
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	demolicionesabrilsas@gmail.com		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE 2714

Fecha y Hora de Factura

Generación	2022-07-05	17:24:16
Expedición	2022-07-05	17:46:46
Vencimiento	2023-01-03	

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
0130001000154	EXCAVADORA HITACHI ZX135US-3 USADA MOD2012	UND	1	218,487,394.00	218,487,394.00

Total Bruto	218,487,394.00
RETEFUENTE	5,462,184.85
IVA 19%	41,512,604.86
Retenc. ICA	2,412,100.83
Total a Pagar	**$ 252.125.713,18**

CONDICION DE PAGO

Credito Cxc Maquinaria Efectivo 252.125.713,18 Cuota 1 Vence el 2023-01-03

VALOR EN LETRAS

Doscientos Cincuenta Y Dos Millones Ciento Veinticinco Mil Setecientos Trece Pesos M/Cte
Con 18/100

OBSERVACIONES

PRODUCTO: EXCAVADORA USADA SOBRE ORUGAS
MARCA: HITACHI
REFERENCIA O MODELO:ZX135US-3
SERIAL:HCM1R400E00067477
SERIAL DEL MOTOR:4JJ1-137513
AÑO MODELO: 2012
DECLARACION DE IMPORTACION: 352022000176358-6
ORDEN DE COMPRA ICC:1077

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Firma Elaborado por : HEIDY YOJANA CA

Firma Recibido

CONSIGNAR A NOMBRE DE IMPORTADORA CASA COLOMBIA SAS, BANCOLOMBIA CTA CTE 04336178236 - BOGOTA CTA CTE 078291770 - OCCIDENTE CTA CTA 231844895 NOTA:DESPUES DE 5 DIAS NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764019636192 **aprobado en** 2021-10-19 **vigente** 12 **Meses, prefijo** FE **desde el número** 2001 **al** 3000

CUFE :43efb8075ede06c6531e3c069d253fca0e4e6fd220b251e36db3154f7afca1748b4f057cf200f769b3d33ea244ad3640

ORIGINAL

1244

ABRIL DemoExcava S.A.S.	HOJA DE VIDA DE EXCAVADORA ZX 135 US – HITACHI	**VERSIÓN:** 003 **CÓDIGO:** **PÁGINA:** 1 DE 1

DESCRIPCIÓN VISUAL	

IDENTIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE EQUIPO	
Nombre del Equipo:	Excavadora de oruga
Ubicación del equipo:	Bogotá D.C
Marca:	Hitachi
Modelo:	ZX 135US-3
Serie:	HCM1R400E0008747
Fecha de puesta en funcionamiento:	Año 2012
DATOS DEL PROVEEDOR	
Fabricante y Lugar de origen:	EDOBORI, NISHI-KU, OSAKA,550-0002
Fecha de adquisición:	Año 2022
Nombre de proveedor y Dirección:	Hitachi construction Machinery Trading CO LTD.
Mantenimiento indicado por el fabricante:	IMPORTADORA CASA COLOMBIA

COMPONENTES O ACCESORIOS	
Marca	**Tipo**
HITACHI	Orugas Metálicas
KAWASAKI	Bomba hidráulica
KAWASAKI	Motor de giro
NISSAN	Motor de combustión interna
NISSAN	Bomba de inyección
YANMAR	Center de traslación

DOCUMENTOS DE SOPORTE

Tarjeta de propiedad
Manifiesto de importación
Certificado GPS de instalación y sistema de rastreo

1

Cordialmente

Nelson Libardo Abril B.
Representante Legal

ABRIL
DEMOEXCAVA S.A.S
NIT: 900.303 440 - 3

1245



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 100989

No. DE REGISTRO
MC503938

MARCA
HITACHI

LINEA
ZX135US-3

AÑO MODELO
2017

TIPO DE MAQUINARIA
CONSTRUCCION

CLASE
EXCAVADORA

No. SERIE
HCM1HA0EH0008427

COLOR(ES)
NARANJA

No. MOTOR
4JJ1-137513

ACEALE
ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO
13200 Kg

ALTO
2740 mm

ANCHO
2590 mm

LARGO
7290 mm

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ABRIL DEMOEXCAVA SAS

IDENTIFICACION
NIT. 900 393 440



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACION

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL DE SOACHA

FECHA REGISTRO
16-07-2022

FECHA EXPEDICION
16-07-2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORIGEN
IMPORTACIÓN

DEC. IMPORTACION
352022000176358

FECHA DE LEVANTE
10/05/2022

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0700001 9548

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2022**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

352022000176358-8

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
900170399	6	IMPORTADORA CASA COLOMBIA S.A.S

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
DG 16 96 G 05	7480294	35	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
802000764	8	AGENCIA DE ADUANAS LÓPEZ HERMANOS S.A. NIVEL UNO (1)	25	210

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
1447055	GOMEZ LUNA LIBIO ALEXANDER

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod.Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Anticipada	3	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	20850	No. 116575012328918	2022 - 04 - 30	No. KKLUJPN574871	2022 - 03 - 31

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
WAKITA & CO., LTD	OSAKA	389

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
1-3-20, EDOBORI, NISHI-KU, OSAKA,550-0002	81-6-6449-1910

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ vrs.
340136-1	2022 - 03 - 31	399	1	077	0	CIA TRANSPORTADORA S.A.	3,759.54

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	389	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país comprador	71. Peso bruto kgs.comp.	72. Peso neto kgs.comp.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad comp.
08	01	399	25,500.00	25,500.00	PK	2	1	U	2.00

78. Valor FOB USD	79. Valor Fletes USD	80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD	82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
59,672.60	16,104.60	233.40	0.00	16,338.00	0.00

84. Valor aduana (USD)	85. Código registro o licencia	86. Número	87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód.interno del Probante
76,010.60	L	40006737	35	2022	XXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	285,784,891	0	0	0
I.V.A.	19.00	285,784,891	54,295,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Reexito	0	0	0	0	
		Total	54,295,000		0

97. Descripción de las mercancías (debe la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas, en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO 0740/22 PEDIDO IMP648 DECLARACION 1 DE 1;FACTURA(S):340136-1;MERCANCIA USADA, DOCUMENTO DE REQUISITO FITOSANITARIO NO . SV-008 998-22 , EXPEDIDO 30/03/2022 1 UNIDAD ,PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS; MARCA: HITACHI, REFERENCIA: ZX120-3, MODELO: ZX120-3, USO O DESTINO: DESARROLLO DE OBRAS CIVILES.SERIAL: KCM1B400E0009707 , MODELO DEL MOTOR: 4JJ1-151521 , AÑO DE FABRICACION : 2013 , PRECIO CUANDO NUEVA : 52531.70 USD | 6.453.525,38 JPY) ,1 UNIDAD ,PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS, MARCA : HITACHI, REFERENCIA: ZX135US-3 6/ FACT . MODELO: ZX135US-3, USO O DESTINO: DESARROLLO DE OBRAS CIVILES.SERIAL: KCM1B400E0009747 7 , MODELO DEL MOTOR: 4JJ1-137513 , AÑO DE FABRICACION : 2012 , PRECIO CUANDO NUEVA : 42164.26 USD | 5.179.(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No. XXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Autoridad aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352022000176358 133. Fecha: 2022 04 25

134. Levante No. 352022000183698	135. Fecha 2022 - 05 - 10	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $ 0 998. Espacio para Número autoadhesivo 910350191982232

Fecha de Impresión: 2022-05-10 10:28:30

20223972210427

127

DIAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : **352022000176358-8**
Subpartida : **8429520000**

05 Continuación descripción mercancía (hasta 999 caracteres, incluidos espacios en blanco)

884,01 JPY) SE PRESENTA LICENCIA DE IMPORTACION DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 925 DEL 2013. NOS ACOGEMOS AL DECRETO 272 DEL 13 FEBRERO DEL 2018. MERCANCIA USADA.XXXX

MC 503938
MAYO 17/22

Rastrack S.A.S.
Administración Satelital de Vehículos

CERTIFICACION

RASTRACK S.A.S. con NIT 830.126.626-3 certifica que la empresa IMPORTADORA CASA COLOMBIA SAS con identificacion No. 900170399, posee dispositivo de Monitoreo y Localizacion GPRS en la maquina relacionada a continuacion.

CHASSIS	CLASE	MARCA	MOTOR	SERIAL GPS
HCM1R400E00087477	EXCAVADORA	HITACHI	4JJ1-137513	RAS90CK11447

CHASSIS	INSTALACION	IMEI GPS	TIPO DE DISPOSITIVO	ORIGEN DEL GPS
HCM1R400E00087477	Instalada el 17-05-2022	860896050440668	GPRS	IMPORTADO

Estimado Cliente para efectos de movilización de maquinaria amarilla recuerde validar antes de iniciar el viaje que su equipo de monitoreo se encuentra reportado y que su máquina cuente con la placa de identificación de monitoreo Rastrack

Se expide el dia jueves 26 de mayo de 2022

Cordialmente,

Gina Pérez
Servicio al cliente
Rastrack S.A.S

1699

SERVIHITACHI
REPUESTOS PARA RETROEXCAVADORAS SERVICIO
DE REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO A NIVEL NACIONAL



CERTIFICACION OPERATIVA Y FUNCIONAL DE MAQUINARIA Y EQUIPOS

Por medio de la presente certifico que a la retroexcavadora marca ZX 135US-3 - Serie: HCM1R400E0008747 -Fecha de puesta en funcionamiento: Año 2012, Propiedad de la empresa ABRIL DEMOEXCAVA SAS con identificación 900.303.440-3, en el mes de mayo de 2025 se le llevaron a cabo los siguientes trabajos de reparación y mantenimiento:

- CAMBIO DE ACEITE Y FILTROS DE MOTOR HOROMETRO 9267

Con lo anterior el equipo en mención queda en condiciones normales de trabajo.
Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los 15 días de mes de mayo 2025.

Atentamente,
SERVIHITACHI
Julián [illegible]
Ingeniero Mecánico
Jefe de mantenimiento
Matrícula Profesional:CN2030-84714
Anexo: Copia de mi tarjeta profesional

Miguel Venegas M.
MIGUEL VENEGAS MARTÍNEZ
Gerente

CRA 40 # 36-35 Sur Bogotá D.C. Teléfono: 3923554
Cel: 310 2997457 Mail: servihitachi@hotmail.com

12 5?