CONSORCIO GESTIONAR
SINCELEJO 2025

INFORME DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)
PERIODO 25 DE SEPTIEMBRE DE 2025 AL 28 DE OCTUBRE DE 2025

CONTRATO DE OBRA:	**SAMC 07 DE 2025**
LUGAR:	**SINCELEJO Y COROZAL - SUCRE**

PERSONAL EN OBRA

CONSORCIO GESTIONAR
SINCELEJO 2025

LISTADO DE PERSONAL EN OBRA

ITEM	NOMBRES	No IDENTIFICACION	CARGO	TIPO DE AFILIADO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
1	LUIS ALFONSO AGUIRRE BERTEL	92.546.326	RESIDENTE	DEPENDIENTE	24/09/2025	
2	LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ BUSTAMANTE	1.005.604.435	AUXILIAR RESIDENTE	DEPENDIENTE	10/10/2025	
3	SKARLETH DIAZ PEREZ	1.103.121.026	SISO	DEPENDIENTE	24/09/2025	
4	WILBERTO VERGARA MONTES	1.102.861.739	PINTOR	DEPENDIENTE	4/09/2025	
5	FAVIAN ENRIQUE CORPAS YANES	92.546.110	PINTOR	DEPENDIENTE	4/09/2025	
6	EVER JOSE PORTILLO PATERNINA	1.102.798.078	PINTOR	DEPENDIENTE	4/09/2025	
7	JULIAN RAMOS RICO	6.809.830	PLOMERO	DEPENDIENTE	10/10/2025	
8	LUIS JUNIOR GONZALEZ MONTIEL	1.102.806.920	OFICIOS VARIOS	DEPENDIENTE	10/10/2025	
9	FABIO MIGUEL TAMARA HERNANDEZ	1.193.093.081	OFICIOS VARIOS	DEPENDIENTE	10/10/2025	
10	CARLOS ALBERTO RINCON JAIMES	109.233.606	OFICIOS VARIOS	DEPENDIENTE	16/10/2025	

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y AFILIACIONES

Adjunto a este informe, se relacionan los certificados de afiliación del personal relacionado.

ESTADISTICAS SST

ESTADISTICAS	PERIODO	ACUMULADO
NUMERO DE INCIDENTES DE TRABAJO	SEP-OCT	0
NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO	SEP-OCT	0
NUMERO DE DIAS PERDIDO POR ACCIDENTE DE TRABAJO	SEP-OCT	0
NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO POR INCAPACIDAD	SEP-OCT	0
NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES	SEP-OCT	0
NUMERO DE TRABAJDORES AUSENTES POR CAUSAS MEDICAS	SEP-OCT	0
NUMERO DE DIAS DE AUSENCIA POR CAUSAS MEDICAS	SEP-OCT	0
NUMERO DE TRABAJADORES CON DIAGNOSTICO	SEP-OCT	0

ESPECIFIQUE EL DIAGNOSTICO:	SEP-OCT	0
TOTAL, DE EMPLEADOS DIRECTOS	SEP-OCT	10
TOTAL, INGRESOS	SEP-OCT	10
TOTAL, RETIROS	SEP-OCT	0
TOTAL, SUBCONTRATISTA	SEP-OCT	0
TOTAL, INGRESADOS	SEP-OCT	0
TOTAL, RETIRADOS	SEP-OCT	0

REPORTE DE ACCIDENTES – INCIDENTES

En el presente mes, no se reportan accidentes y/o incidentes durante el desarrollo de las actividades programadas

CAPACITACIONES

TEMA	FECHA
Inducción, Normas de seguridad y convivencia.	04-10-2025
Inducción, Normas de seguridad y convivencia.	16-10-2025
Separación de residuos sólidos RCD	16-10-2025

REGISTRO FOTOGRAFICO





NUMERO	N/A
DESCRIPCION	Durante el mes de abril, no se presentan novedades a reportar.

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

ENTREGA DE DOTACION – FORMATOS / EVIDENCIA FOTOGRAFICA (VER ANEXOS)	  





SEÑALIZACIÓN

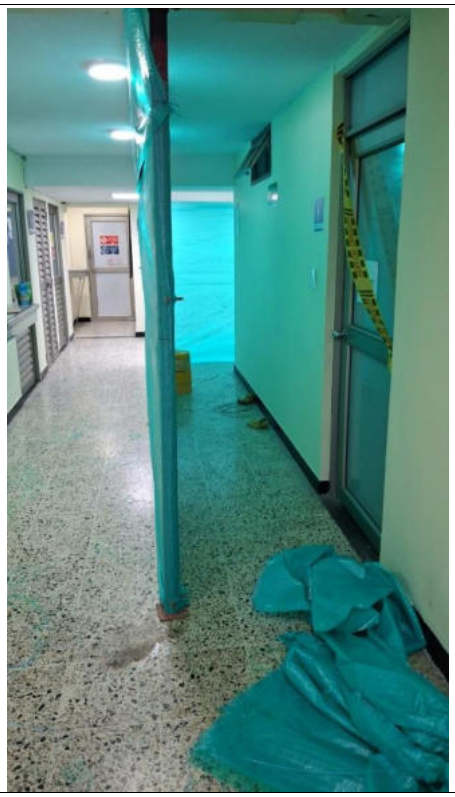
Durante este periodo, se realizan las siguientes actividades:

- Cerramiento de obra en los baños intervenidos de la torre AB con lona verde y la respectiva señalización para evitar el ingreso del personal externo y advertir de la posibilidad de un accidente al ingresar a las instalaciones.
- Señalización de áreas de trabajo, en cafetería de torre AB por excavaciones realizadas para la ubicación del registro de aguas.
- Acopio de escombros, baterías sanitarias y divisiones con su respectivo cerramiento en sótano de torre Gentium.





3116838647
cgestionar2025@gmail.com
CR 22# 13A -24 ED ALTOS DE LA FORD P1





ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL			
TRABAJADOR No DE IDENTIFICACION			
CAUSA PRICIPAL Y SECUNDARIA DEL ACCIDENTE			
BREVE DESCRIPCION DEL ACCIDENTE			
ACTIVIDAD DEL PLAN DE ACCION/PLAZO			
ESTADO DEL PLAN DE ACCION ABIERTO O CERRADO			

NOTA: SE REALIZA TABLA DE ACUERDO CON LO QUE SE PRESENTE EN EL AREA DE TRABAJO DEL PERIODO INFORMADO

SISO DE OBRA:
SKARLETH DIAZ PEREZ
Cédula de Ciudadanía No: 1.103.121.026

CONSORCIO GESTIONAR
SINCELEJO 2025

ANEXO 01
SEGURIDAD SOCIAL

3116838647
cgestionar2025@gmail.com
CR 22# 13A -24 ED ALTOS DE LA FORD P1

Medellín, 25 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92546326	AGUIRRE BERTEL LUIS ALFONSO	26/09/2025		223236A5	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/09/2025 16:30:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.64.152, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 10 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase:	5		null
C1005604435	RODRIGUEZ BUSTAMANTE LUIS FERNANDO	11/10/2025		199r2436	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/10/2025 15:30:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.77.102, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 25 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1103121026	DIAZ PEREZ SKARLETH	26/09/2025		252DU171	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/09/2025 17:01:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.64.152, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102861739	VERGARA MONTES WILBERTO	02/10/2025		239P213V	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/10/2025 15:09:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.69.105, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1102798078	PORTILLO PATERNINA EVER JOSE	02/10/2025		22325331	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/10/2025 15:10:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.69.105, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92546110	CORPAS YANES FAVIAN ENRIQUE	02/10/2025		21218215	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/10/2025 17:23:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.69.105, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 09 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase:	5		null
C6809830	RAMOS RICO JULIAN	10/10/2025		x2295191	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/10/2025 16:19:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.91.177, 192.230.104.6, 172.16.42.57

Medellín, 09 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase:	5		null
C1193093081	TAMARA HERNANDEZ FABIO MIGUEL	10/10/2025		14620810	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/10/2025 14:52:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.91.177, 192.230.104.6, 172.16.42.57

Medellín, 09 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase:	5		null
C1102806920	GONZALEZ MONTIEL LUIS JUNIOR	10/10/2025		15524341	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/10/2025 15:27:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.91.177, 192.230.104.6, 172.16.42.57

Medellín, 15 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SUCRE		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1092336076	RINCON JAIMES CARLOS ALBERTO	16/10/2025		194230v1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/10/2025 10:38:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

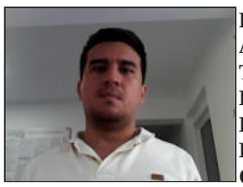
Dirección IP: 191.108.70.76, 192.230.104.1, 172.16.42.57

CONSORCIO GESTIONAR
SINCELEJO 2025

ANEXO 02
EXAMENES DE INGRESO

3116838647
cgestionar2025@gmail.com
CR 22# 13A -24 ED ALTOS DE LA FORD P1

Certificado de Aptitud Laboral
Pre - Ingreso



Fecha: 26/Sep/2025, **Hora:** 07:55:43 a.m. **HC:** # 55539 **Edad:** 42 años
Apellido: AGUIRRE BERTEL **Nombre:** LUIS ALFONSO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 92546326 **Sexo:** Masculino ♂ **Rh:** A+
Direccion: BARRIO VITAR **Nacim:** 13/Sep/1983
Estado Civil: Casado **EPS:** SALUDTOTAL **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR
Empresa: CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025
Cargo: RESIDENTE DE OBRA **Ciudad:** SUCRE - SINCELEJO
Peso: 75 Kg **Estatura:** 170 Cm **IMC:** 25.9 **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Jornada Laboral:** DIURNO
EPS: SALUDTOTAL **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR

.

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz	Normal	Examen Medico Ocupacional	Normal	Examen Osteomuscular	Normal	Visiometria	Normal

Concepto

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Recomendaciones Empresa

.

Recomendaciones

S.V.E.

* cardiovascular/Estilos de vida saludable.

Estilo de Vida Saludable

* Alimentación saludable
* Practica de ejercicio y deportes

Medicas

* Estilo De Vida Saludable
* Dieta y Ejercicio
* Valoración por optometría para asignación de lentes
* Bajar de peso

Laborales

* Uso de Elementos de Proteccion Personal
* Induccion Al Sitio De Trabajo
* Pausas Activas
* Higiene Y Seguridad En El Trabajo

Observaciones

El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.

Para dar cumplimiento a la resolución 1843 de 2025 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

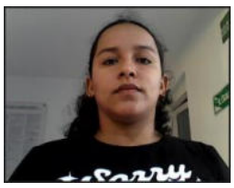
Ivan Gomez Gomez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM 1905/97 Lic. S.O. 012/17

Ivan Enrique Gomez Gomez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 012/17
Registro #: 1905

LUIS ALFONSO AGUIRRE BERTEL
CC 92546326

Huella Digital

Certificado de Aptitud Laboral
Pre - Ingreso



Fecha: 24/Sep/2025, **Hora:** 07:58:37 a.m. **HC:** # 54052 **Edad:** 27 años
Apellido: DIAZ PEREZ **Nombre:** SKARLETH
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1103121026 **Sexo:** Femenino ♀ **Rh:** B+
Direccion: BARRIO LOS NOGALES **Nacim:** 15/Mar/1998
Estado Civil: Union Libre **EPS:** MUTUAL SER **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR
Empresa: CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025
Cargo: SISO **Ciudad:** SUCRE - MORROA
Peso: 78 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 31.6 **Escolaridad:** TECNICO LABORAL **Jornada Laboral:** DIURNO
EPS: MUTUAL SER **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR

.

Examenes Realizados

Audiometría Tamiz	Normal	Colesterol Total		Triglicéridos	Examen Médico Ocupacional
Examen Alturas	Normal	Examen Osteomuscular	Normal	Glicemia	Hemograma
Visionaria	Normal				

Concepto

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Concepto para Trabajos en Altura

-Apto para trabajo en altura

Recomendaciones Empresa

.

Recomendaciones

S.V.E.

* cardiovascular/Estilos de vida saludable.

Estilo de Vida Saludable

* Alimentación saludable
* Práctica de ejercicio y deportes

Medicas

* Seguimiento Por Optometría
* Dieta y Ejercicio
* Valoración por EPS por alteración en lípidos
* Dieta baja en grasas y harina
* Bajar de peso

Laborales

* Uso de Elementos de Protección Personal
* Inducción Al Sitio De Trabajo
* Pausas Activas
* Higiene Y Seguridad En El Trabajo

Observaciones

El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

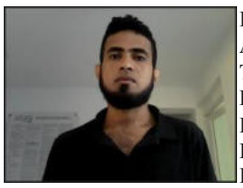
Dra. Claudia Sierra G.
Esp. Salud Ocupacional
Res. 2382/2014

Claudia Isabel Sierra Gómez
Medico Esp. S.O
Lic. de S.O #: 298
Registro #: 70-369

SKARLETH DIAZ PEREZ
CC 1103121026

Huella
Digital

Certificado de Aptitud Laboral
Pre - Ingreso



Fecha: 29/Sep/2025, **Hora:** 08:02:07 a.m. **HC:** # 54053 **Edad:** 31 años
Apellido: VERGARA MONTES **Nombre:** WILBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1102861739 **Sexo:** Masculino ♂ **Rh:** AB-
Direccion: BARRIO NUEVA ESPERANZA **Nacim:** 14/Feb/1994
Estado Civil: Union Libre **EPS:** EPS FAMILIAR DE COLOMBIA **ARL:** SURA **AFP:** SIN DEFINIR
Empresa: CONSORCIO GESTIONAR SINCELEJO 2025
Cargo: PINTOR **Ciudad:** SUCRE - SINCELEJO
Peso: 59 Kg **Estatura:** 173 Cm **IMC:** 19.7 **Escolaridad:** BACHILLER
Jornada Laboral: DIURNO
EPS: EPS FAMILIAR DE COLOMBIA **ARL:** SURA **AFP:** SIN DEFINIR

.

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz	Normal	Colesterol Total		Trigliceridos	Examen Medico Ocupacional
Examen Alturas	Normal	Examen Osteomuscular	Normal	Glicemia	Hemograma
Visiometria	Normal				

Concepto

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

Concepto para Trabajos en Altura

APTO PARA TRABAJO EN ALTURA.

Recomendaciones Empresa

.

Recomendaciones

S.V.E.

* cardiovascular/Estilos de vida saludable.

Estilo de Vida Saludable

* Alimentación saludable
* Practica de ejercicio y deportes
* Evitar el consumo de drogas de abuso

Medicas

* Estilo De Vida Saludable
* Valoración por optometría para asignación de lentes
* Dieta baja en grasas y harina

Laborales

* Uso de Elementos de Proteccion Personal
* Induccion Al Sitio De Trabajo
* Pausas Activas
* Higiene Y Seguridad En El Trabajo

Observaciones

El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Claudia Sierra

Dra. Claudia Sierra G.
Esp. Salud Ocupacional
Res. 2982014

Claudia Isabel Sierra Gomez
Medico Esp. S.O
Lic. de S.O #: 298
Registro #: 70389

wilberto

WILBERTO VERGARA MONTES
CC 1102861739

Huella Digital

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO **PRESTADOR DE SALUD:** 7070801400 **Fecha:** 01/10/2025 **Elaborado:** SINCELEJO

TIPO DE EXAMEN: Post-Incapacidad: ☐ Ingreso: X Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: GESTIONAR **Edad:** 21 Años

Nombres:	Cedula:	Cargo u Ocupación:
EVER JOSÉ PORTILLO PATERNINA	1.102.798.078	PINTOR

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ Aplazado para el Perfil del Cargo: ☐ SE SUGIERE REUBICACION: ☐

NO Aplica: X Por Motivo: _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ NO Aplica: X

Retiro No satisfactorio: ☐ Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR,

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA	RECOMENDACION OCUPACIONAL	RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL
Control periódico PYP por EPS: ☐	Control periódico ocupacional: ☐	Alimentación saludable: X
Remisión EPS por patología: ☐	Higiene Postural: X	Ejercicios 3 veces/ semana: X
Remisión a ARL para manejo de caso: ☐	Utilización de EPP: X	Dejar de fumar: ☐
Continuar tratamiento médico: ☐	Utilización de ayudas ergonómicas: ☐	Pausas activas: X
Control médico Prioritarios EPS: ☐	Charlas Manejo de cargas: ☐	Reducir consumo de alcohol: ☐
Seguimiento caso ARL: ☐	Calificación de origen de patología: ☐	Evitar cargas de más de ____KL

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ Auditivo ☐ DME ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Químico ☐ Respiratorio ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, Recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable

Arnoldo Cerra Barreto
Méd. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE

Arnoldo Cerra Barreto

FIRMA ELECTRONICA

Arnoldo Cerra Reg. Médico 253/01, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR Ever Jose Portillo

CEDULA 1102798078

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO PRESTADOR DE SALUD: 7070801400 Fecha: 03/09/2025 Elaborado: Sincelejo

TIPO DE EXAMEN: Ingreso: X Post Incapacidad: ☐ Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: CONSORCIO GESTIONAR

Nombres: FAVIAN ENRIQUE CORPAS YANES Cedula: 92.546.110

Cargo u Ocupación: PINTOR Edad: 42 Años

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ **Aplazado para el Perfil del Cargo:** ☐ **SE SUGIERE REUBICACION:** ☐

NO Aplica: X **Por Motivo:** _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ **NO Aplica:** X **Retiro No satisfactorio:** ☐

Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA

- **Control periódico PYP por EPS:** ☐
- **Remisión EPS por patología:** ☐
- **Remisión a ARL para manejo de caso:** ☐
- **Continuar tratamiento médico:** ☐
- **Control médico Prioritarios EPS:** ☐
- **Seguimiento caso ARL:** ☐

RECOMENDACION OCUPACIONAL

- **Control periódico ocupacional:** ☐
- **Higiene Postural:** X
- **Utilización de EPP:** X
- **Utilización de ayudas ergonómicas:** ☐
- **Charlas Manejo de cargas:** X
- **Calificación de origen de patología:** ☐

RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL

- **Alimentación saludable:** X
- **Ejercicios 3 veces/ semana:** X
- **Dejar de fumar:** ☐
- **Pausas activas:** X
- **Reducir consumo de alcohol:** ☐
- **Evitar cargas de más de** _____ **KL**

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ **Auditivo** ☐ **DME** ☐ **Cardiovascular** ☐ **Psicosocial** ☐ **Químico** ☐ **Respiratorio** ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable, realizar las labores propias ganaderas, evitando realizar sobre esfuerzo físico

Arnoldo Cerra Barreto
Med. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE
R.G. 925874

Arnoldo Cerra Barreto

ELECTRONICA

Arnoldo Cerra B 253701, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR Fabian Corpas

CEDULA 92.546.110

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO PRESTADOR DE SALUD: 7070801400 Fecha: 09/10/2025 Elaborado: Sincelejo

TIPO DE EXAMEN: Ingreso: X Post Incapacidad: ☐ Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: CONSORCIO GESTIONAR

Nombres: LUIS FERNANDO RODRIGUEZ BUSTAMANTE Cedula: 1.005.604.435

Cargo u Ocupación: AUX. RESIDENTE Edad: 24 Años

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ **Aplazado para el Perfil del Cargo:** ☐ **SE SUGIERE REUBICACION:** ☐

NO Aplica: X **Por Motivo:** _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ **NO Aplica:** X **Retiro No satisfactorio:** ☐

Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA

- **Control periódico PYP por EPS:** ☐
- **Remisión EPS por patología:** ☐
- **Remisión a ARL para manejo de caso:** ☐
- **Continuar tratamiento médico:** ☐
- **Control médico Prioritarios EPS:** ☐
- **Seguimiento caso ARL:** ☐

RECOMENDACION OCUPACIONAL

- **Control periódico ocupacional:** ☐
- **Higiene Postural:** X
- **Utilización de EPP:** X
- **Utilización de ayudas ergonómicas:** ☐
- **Charlas Manejo de cargas:** X
- **Calificación de origen de patología:** ☐

RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL

- **Alimentación saludable:** X
- **Ejercicios 3 veces/ semana:** X
- **Dejar de fumar:** ☐
- **Pausas activas:** X
- **Reducir consumo de alcohol:** ☐
- **Evitar cargas de más de** _____ **KL**

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ **Auditivo** ☐ **DME** ☐ **Cardiovascular** ☐ **Psicosocial** ☐ **Químico** ☐ **Respiratorio** ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable, realizar las labores propias ganaderas, evitando realizar sobre esfuerzo físico

Arnoldo Cerra Barreto
Med. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE
R.G. 9259514

Arnoldo Cerra Barreto ELECTRONICA

Arnoldo Cerra B. 253701, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR Luis Fernando Rodriguez

CEDULA 1005604435

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO PRESTADOR DE SALUD: 7070801400 Fecha: 09/10/2025 Elaborado: Sincelejo

TIPO DE EXAMEN: Ingreso: X Post Incapacidad: ☐ Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: CONSORCIO GESTIONAR

Nombres: JULIAN RAMOS RICO Cedula: 6.809.830

Cargo u Ocupación: PLOMERO Edad: 75 Años

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ **Aplazado para el Perfil del Cargo:** ☐ **SE SUGIERE REUBICACION:** ☐

NO Aplica: X **Por Motivo:** _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ **NO Aplica:** X **Retiro No satisfactorio:** ☐

Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA

Control periódico PYP por EPS: ☐

Remisión EPS por patología: ☐

Remisión a ARL para manejo de caso: ☐

Continuar tratamiento médico: ☐

Control médico Prioritarios EPS: ☐

Seguimiento caso ARL: ☐

RECOMENDACION OCUPACIONAL

Control periódico ocupacional: ☐

Higiene Postural: X

Utilización de EPP: X

Utilización de ayudas ergonómicas: ☐

Charlas Manejo de cargas: X

Calificación de origen de patología: ☐

RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL

Alimentación saludable: X

Ejercicios 3 veces/ semana: X

Dejar de fumar: ☐

Pausas activas: X

Reducir consumo de alcohol: ☐

Evitar cargas de más de _____ **KL**

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ **Auditivo** ☐ **DME** ☐ **Cardiovascular** ☐ **Psicosocial** ☐ **Químico** ☐ **Respiratorio** ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable, realizar las labores propias ganaderas, evitando realizar sobre esfuerzo físico

Arnoldo Cerra Barreto
Med. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE
R.M. 325870

Arnoldo J Cerra Barreto

FIRMA ELECTRONICA

Arnoldo Cerra Reg. Médico 253/01, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR _____

CEDULA 6809830

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO PRESTADOR DE SALUD: 7070801400 Fecha: 09/10/2025 Elaborado: Sincelejo

TIPO DE EXAMEN: Ingreso: X Post Incapacidad: ☐ Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: CONSORCIO GESTIONAR

Nombres: FABIO MIGUEL TAMARA HERNANDEZ Cedula: 1.193.093.081

Cargo u Ocupación: OFICIOS VARIOS Edad: 20 Años

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ **Aplazado para el Perfil del Cargo:** ☐ **SE SUGIERE REUBICACION:** ☐

NO Aplica: X **Por Motivo:** _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ **NO Aplica:** X **Retiro No satisfactorio:** ☐

Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA

- **Control periódico PYP por EPS:** ☐
- **Remisión EPS por patología:** ☐
- **Remisión a ARL para manejo de caso:** ☐
- **Continuar tratamiento médico:** ☐
- **Control médico Prioritarios EPS:** ☐
- **Seguimiento caso ARL:** ☐

RECOMENDACION OCUPACIONAL

- **Control periódico ocupacional:** ☐
- **Higiene Postural:** X
- **Utilización de EPP:** X
- **Utilización de ayudas ergonómicas:** ☐
- **Charlas Manejo de cargas:** X
- **Calificación de origen de patología:** ☐

RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL

- **Alimentación saludable:** X
- **Ejercicios 3 veces/ semana:** X
- **Dejar de fumar:** ☐
- **Pausas activas:** X
- **Reducir consumo de alcohol:** ☐
- **Evitar cargas de más de** _____ **KL**

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ **Auditivo** ☐ **DME** ☐ **Cardiovascular** ☐ **Psicosocial** ☐ **Químico** ☐ **Respiratorio** ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable, realizar las labores propias ganaderas, evitando realizar sobre esfuerzo físico

Arnoldo Cerra Barreto
Med. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE
R.G. 3259/14

Arnoldo Cerra Barreto ELECTRONICA

Arnoldo Cerra B 253701, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR Fabio Tamara

CEDULA 1193093081

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO PRESTADOR DE SALUD: 7070801400 Fecha: 09/10/2025 Elaborado: Sincelejo

TIPO DE EXAMEN: Ingreso: X Post Incapacidad: ☐ Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: CONSORCIO GESTIONAR

Nombres: LUIS JUNIOR GONZALEZ MONTIEL Cedula: 1.102.806.920

Cargo u Ocupación: OFICIOS VARIOS Edad: 20 Años

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ **Aplazado para el Perfil del Cargo:** ☐ **SE SUGIERE REUBICACION:** ☐

NO Aplica: X **Por Motivo:** _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ **NO Aplica:** X **Retiro No satisfactorio:** ☐

Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA	RECOMENDACION OCUPACIONAL	RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL
Control periódico PYP por EPS: ☐	**Control periódico ocupacional:** ☐	**Alimentación saludable:** X
Remisión EPS por patología: ☐	**Higiene Postural:** X	**Ejercicios 3 veces/ semana:** X
Remisión a ARL para manejo de caso: ☐	**Utilización de EPP:** X	**Dejar de fumar:** ☐
Continuar tratamiento médico: ☐	**Utilización de ayudas ergonómicas:** ☐	**Pausas activas:** X
Control médico Prioritarios EPS: ☐	**Charlas Manejo de cargas: X**	**Reducir consumo de alcohol:** ☐
Seguimiento caso ARL: ☐	**Calificación de origen de patología:** ☐	**Evitar cargas de más de** ____ **KL**

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ **Auditivo** ☐ **DME** ☐ **Cardiovascular** ☐ **Psicosocial** ☐ **Químico** ☐ **Respiratorio** ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable, realizar las labores propias ganaderas, evitando realizar sobre esfuerzo físico

Arnoldo Cerra Barreto
Med. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE
R.G. 9259514

Arnoldo Cerra Barreto

Arnoldo Cerra B. 253701, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR _____

CEDULA 1.102.806.920

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONCEPTO MEDICO LABORAL

CODIGO PRESTADOR DE SALUD: 7070801400 Fecha: 15/10/2025 Elaborado: Sincelejo

TIPO DE EXAMEN: Ingreso: X Post Incapacidad: ☐ Periódico: ☐ Egreso: ☐

EXAMEN CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR: X

Empresa Solicitante: CONSORCIO GESTIONAR

Nombres: CARLOS ALBERTO RINCON JAIMES Cedula: 1.092.336.076

Cargo u Ocupación: OFICIOS VARIOS Edad: 25 Años

APTITUD LABORAL

APTO SIN PATOLOGIAS PARA LABORAR: X

Aplazado para el perfil del cargo: ☐

Apto para desempeñar el cargo CON patología que no limita su labor: ☐

Apto con patología que generan Restricciones: ☐

Apto con patología que generan Recomendaciones: ☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR

APTO SIN PATOLOGIAS OSTEOMUSCULAR: X

Apto para trabajo con Recomendaciones: ☐

No Aplica: ☐

Aplazado: ☐

Requiere ingreso a SVE: ☐

Por Motivo de _____

Requiere Exámenes Diagnósticos: ☐

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

CONTINUA APTO PARA EL PERFIL DEL CARGO: ☐ **Aplazado para el Perfil del Cargo:** ☐ **SE SUGIERE REUBICACION:** ☐

NO Aplica: X **Por Motivo:** _____

CONCEPTO PARA EXAMEN RETIRO

RETIRO SATISFACTORIO: ☐ **NO Aplica:** X **Retiro No satisfactorio:** ☐

Por motivo de: _____

EXAMENES REALIZADOS: OSTEOMUSCULAR

LABORATORIOS REALIZADOS: NINGUNO

RECOMENDACIÓN MEDICA	RECOMENDACION OCUPACIONAL	RECOMENDACIÓN DE SALUD GENERAL
Control periódico PYP por EPS: ☐	**Control periódico ocupacional:** ☐	**Alimentación saludable:** X
Remisión EPS por patología: ☐	**Higiene Postural:** X	**Ejercicios 3 veces/ semana:** X
Remisión a ARL para manejo de caso: ☐	**Utilización de EPP:** X	**Dejar de fumar:** ☐
Continuar tratamiento médico: ☐	**Utilización de ayudas ergonómicas:** ☐	**Pausas activas:** X
Control médico Prioritarios EPS: ☐	**Charlas Manejo de cargas: X**	**Reducir consumo de alcohol:** ☐
Seguimiento caso ARL: ☐	**Calificación de origen de patología:** ☐	**Evitar cargas de más de** ____ **KL**

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL ☐ **Auditivo** ☐ **DME** ☐ **Cardiovascular** ☐ **Psicosocial** ☐ **Químico** ☐ **Respiratorio** ☐

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Seguir Normas de Higiene y seguridad Industrial, Protocolo de Bioseguridad del Empleador, recomendaciones generales, lavado de manos, reportar novedades de salud respiratoria, dieta y ejercicios alimentación estilo de vida saludable, realizar las labores propias ganaderas, evitando realizar sobre esfuerzo físico

Arnoldo Cerra Barreto
Med. Especialista Salud Ocupacional
UNIVERSIDAD LIBRE
R-G 9259154

Arnoldo Cerra Barreto

Arnoldo Cerra B. 25301, Lic. Salud Ocupacional 858 de Sucre

FIRMA DEL TRABAJADOR Carlos Rincon

CEDULA 1.092.336.076

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen, son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución, Esta estará disponible para los fines legales pertinentes, Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy con la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

arjomedicinaocupacional@gmail.com; arnoldo.cerra@gmail.com; 3145401155

CONSORCIO GESTIONAR
SINCELEJO 2025

ANEXO 03
REGRISTRO DE CAPACITACIONES

3116838647
cgestionar2025@gmail.com
CR 22# 13A -24 ED ALTOS DE LA FORD P1

CONSORCIO GESTIONAR	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES, REUNIONES E INDUCCION	REGISTRO VERSION: 001 01/09/2025

FECHA: 04 - Octubre - 2025

FACILITADOR: Skarleth Diaz Paez

LUGAR: Palacio de Justicia Coretal

INDUCCION [X] CAPACITACION [ ] REUNION [ ] REINDUCCION [ ]

TEMA: · Normas de Seguridad y Convivencia
· Importancia del repeto - Buen comportamiento.

FIRMO EN CONSTANCIA DE QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SGSST, EL TEMA ESPECIFICO Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.

ASISTENTES

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Wilberto Verbel Montes.	Pintor	
Ever Jose Portilla Portermina	Pintor	Ever
Fabian Enrique Corpas Yance	Pintor.	Fabian

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES, REUNIONES E INDUCCION	REGISTRO VERSION: 001 01/09/2025

FECHA: 16 - 10 - 2025

FACILITADOR: Skarleth Rios Pava

LUGAR: Palacio de Justicia Sincelejo

INDUCCION [1] CAPACITACION [ ] REUNION [ ] REINDUCCION [ ]

TEMA: Inducción general - Normas internas de seguridad y convivencia.
- Importancia del respeto y buen comportamiento

FIRMO EN CONSTANCIA DE QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SGSST, EL TEMA ESPECIFICO Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.

ASISTENTES

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Luis Junior Gonzalez Montiel	Oficios Varios	
Fabio Miguel Tamara Hernandez	Oficios Varios	Fabio Tamara
Carlos Alberto Rincon Jaimes	Oficios Varios	Carlos Rincon
Julian Ramos Rico	Plomero.	Julian Ramos

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES, REUNIONES E INDUCCION	REGISTRO VERSION: 001 01/09/2025

FECHA: 16 - 10 - 2025

FACILITADOR: Skarleth Díaz Parra

LUGAR: Palacio de Justicia Sincelejo

INDUCCION [ ] CAPACITACION [X] REUNION [ ] REINDUCCION [ ]

TEMA: Separación de residuos Sólidos RCD.

FIRMO EN CONSTANCIA DE QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SGSST, EL TEMA ESPECIFICO Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.

ASISTENTES

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Luis Jonico Contreras Montes	Oficios Varios	
Carlos Alberto Rincón Jaimes	Oficios Varios	Carlos Rincón
Fabio Miguel Tamara Hernández	Oficios Varios	Fabio Tamara
Julio Ramos Rico	Plomero	Julio Ramos

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR
SINCELEJO 2025

ANEXO 04
REGISTRO ENTREGA EPP

3116838647
cgestionar2025@gmail.com
CR 22# 13A -24 ED ALTOS DE LA FORD P1

CONSORCIO GESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Luis Alfonso Aguirre Beitel	CEDULA	92.546.326
CARGO	Residente de obra	CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA	PLANTA	

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Camisas	1	10-10-25	X		
Botas	1	10-10-25	X		
Prot. Auditivo	1	10-10-25	X		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103121026
CARGO	SSO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 92546326

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Perez	CEDULA	1103121026
CARGO	SISO	CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA	PLANTA	

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Botas	1	10-10-25	X		
Camisas	3	10-10-25	X		
Mochila	1	10-10-25	X		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Luis Alfonso Aguirre	CEDULA No.	92546326
CARGO	Residente	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1103121026

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Luis Fernando Rodriguez Bustamante			CEDULA	1.005.604.435
CARGO	Aux. Residente			CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA		PLANTA		

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Casco	1	10-10-25	X		
Camisas	2	10-10-25	X		
Mascarilla	1	10-10-25	X		
Prot. Auditivo	1	10-10-25	X		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103-121026
CARGO	-SISO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1005604435

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Wilbarto Vergara Monts			CEDULA	1.102.861.739
CARGO	Pintor			CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA		PLANTA		

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Casco	1	04-10-25	X		
Gafas	1	04-10-25	X		
Guantes	1	04-10-25	X		
Mascarilla	1	04-10-25	X		
Mascarilla	1	22-10-25		X	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Diaz Ruiz	CEDULA No.	1103121046
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1102861739

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSIÓN 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Fabian Enrique Cortes Yanes			CEDULA	92.546.110
CARGO	Pintor			CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA		PLANTA		

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Casco	1	04-10-25	X		Fabian Corpas
Gafas	1	04-10-25	X		Fabian Corpas
Guantes	1	04-10-25	X		Fabian Corpas
Buzo	1	04-10-25	X		Fabian Corpas
Mascarilla	1	04-10-25	X		Fabian Corpas
Mascarilla	1	08-10-25		X	Fabian Corpas
Mascarilla	1	17-10-25		X	Fabian Corpas

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103124020
CARGO	SSO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Fabian Corpas

CEDULA No: 92546110

Powered by CamScanner

CONSORCIO DESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Ever Jose Portilla Paternina			CEDULA	1.102.798.078
CARGO	Pintor			CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA		PLANTA		

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Casco	1	04-10-25	X		Ever Jose
Gafas	1	04-10-25	X		Ever Jose
Guantes	1	04-10-25	X		Ever Jose
Mascarilla	1	04-10-25	X		Ever Jose
Mascarilla	1	14-10-25		X	Ever Jose
Mascarilla	1	24-10-25		X	Ever Jose

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103121026
CARGO	SSO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Ever 1102 798 078

CEDULA No:

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR

ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION

REGISTRO
VERSION 1
01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Julian Ramos Rico	CEDULA	
CARGO	Plomero	CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA	PLANTA	

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Coxo Barbuejo	1	10-10-25	X		Julian Ramos
Gafas Claras	1	10-10-25	X		Julian Ramos
Prot. Auditivo	1	10-10-25	X		Julian Ramos
Guantes Nitrilo	1	10-10-25	X		Julian Ramos
Mascarilla	1	10-10-25	X		Julian Ramos
Buso	2	10-10-25	X		Julian Ramos
Chaleco	1	17-10-25	X		Julian Ramos
Mascarilla	1	26-10-25		X	Julian Ramos

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103124026
CARGO	SISO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Julian Ramos R

CEDULA No: 6809830

Powered by CamScanner

	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Luis Junior Gonzalez Montiel	CEDULA	1102 806 920
CARGO	Oficios Varios	CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA	PLANTA	

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Coxo Antiguijo	1	10-10-25	X		Luis
Gafas claras	1	10-10-25	1		Luis
Prot. Auditivo	1	10-10-25	X		Luis
Guantes Nitrilo	1	10-10-25	X		Luis
Mascarilla	1	10-10-25	X		Luis
Buzo	2	10-10-25	X		Luis
Mascarilla	1	16-10-25	X		Luis
Chaleco	1	17-10-25	X		Luis
Faja lumbar	1	22-10-25	X		Luis
Mascarilla	1	26-10-25		X	Luis
Gafas	1	27-10-25		1	Luis

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103121026
CARGO	SISO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979, Art. 88, DECRETO 1295 DE 1994. Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Luis Junior

CEDULA No: 1102 806 920

Powered by CamScanner

CONSORCIO GESTIONAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Fabio Higuera Támara Hernández			CEDULA	1193093081
CARGO	Oficios Varios			CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA		PLANTA		

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Coco- Babaquio	1	10-10-25	X		Fabio Tamara
Gafas Claras	1	10-10-25	X		Fabio Tamara
Mascarilla	1	10-10-25	X		Fabio Tamara
Guantes Nitrilo	1	10-10-25	X		Fabio Tamara
Prot. Auditivo	1	10-10-25	X		Fabio Tamara
Botas	2	10-10-25	X		Fabio Tamara
Chaleco	1	17-10-25	X		Fabio Tamara
Faja Lumbar	1	22-10-25	X		Fabio Tamara
Mascarilla	1			X	Fabio Tamara

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Peréz	CEDULA No.	1103121026
CARGO	SISO.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979, Art. 88, DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Fabio Tamara

CEDULA No: 1193093081

Powered by CamScanner

CONSORCIO DESTINAR	ENTREGA INDIVIDUAL DE DOTACION	REGISTRO VERSION 1 01/09/2025

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA LA DOTACION

NOMBRE	Carlos Alberto Rincón James			CEDULA	1.092.336.076
CARGO	Oficios Varios			CIUDAD	Sincelejo
TIPO DE VINCULACION	CONTRATISTA		PLANTA		

ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL

DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	CONCEPTO		FIRMA TRABAJADOR
			ENTREGA	REPOSICIÓN	
Casco	1	16-10-25	X		Carlos Rincón
Prot. Auditivo	1	16-10-25	X		Carlos Rincón
Gafas Claras	1	16-10-25	X		Carlos Rincón
Guantes	1	16-10-25	X		Carlos Rincón
Mascarilla	1	16-10-25	X		Carlos Rincón
Chaleco	1	17-10-25	X		Carlos Rincon
Faja Lumbar	1	22-10-25	X		Carlos Rincon
Mascarilla	1			X	Carlos Rincon

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LA DOTACION

NOMBRE	Skarleth Díaz Pérez	CEDULA No.	1103122026
CARGO	SISO	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotacion recibida y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando la Dotacion estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado por Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa

El presente compromiso aplica para la Dotacion personal entregada.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Carlos Rincón

CEDULA No: 1092336076.

Powered by CamScanner