

FO-SST-006

V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Jose Alkey Valdes Castes

CARGO: Cardichov

821725401

Jose Alex Valdes Cortes

conductor

107457778

[illegible]

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y de lo constancia que son alimentos sin ningún tipo de uso previo.

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



CONSORCIO

NOMBRE: Alexander Castellanos

CARGO: Avudante

c.c.: 4596098

[illegible]

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



CONSORCIO

NOMBRE: Enrique Casanova Castro

CARGO: 14. 6500

C.C.: 196453092

[illegible]

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



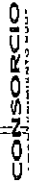
CONSORCIO

NOMBRE: Andres Felipe Ortega Ochoa

CARGO: NO CARGO

C.C.: 1005774505

[illegible]



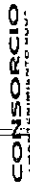
23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

cc: 1073706390

[illegible]

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente decido que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y deyo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.



FO-SST-006

V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Andrés Felipe Buitrago

CARGO: Capone I

C.C.: 100015030

[illegible]

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, guíamente declaro que he recibido

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



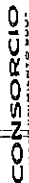
CONSORCIO

NOMBRE: Lafae

CARGO: PELUDANTE

cc: 1012303732

[illegible]



FO-SS-006

V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

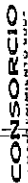
NOMBRE: Arn Sebastian Cruzon Custillo

CARGO: Agente

CARGO: UNCLAS
CC: 106002245

[illegible]

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido y comprendido sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dado constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.



FO-SS-006

V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE:

Huber Andres Quintana

CARGO:

Audience

٢٥

1072995531

[illegible][illegible]



CONSORCIO
238

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección que como usar los elementos de protección personal que me han entregado y debo consumirlo que son elementos sin ningún tipo de uso previo

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



CONSORCIO

NOMBRE: Pedro Rodriguez

CARGO: Accident

CC: 80-66733

[illegible]



FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FO-SS-006

V-01

23/02/2025

NOMBRE:

FITZGERALD CORP

CARGO:

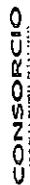
AVOIR

$$\begin{array}{c} \vdots \\ \cup \\ \vdots \\ \cup \\ \vdots \end{array}$$

9509150

[illegible]

Durante cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como utilizar los elementos de protección personal que me han entregado y dejen constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo



V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: ended, 11 months

CARGO: 2500 lbs wt
2140764

c.c.:
X-190764

[illegible][illegible]

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



CONSORCIO

NOMBRE:

William Lloyd

CARGO:

Alexandre

CC

1085035678

[illegible]



FO-SST-006

V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE:

Mr. and Mrs. Howard

CARGO:

181109

$$\begin{array}{c} \ddot{U} \\ \dot{U} \end{array}$$

9,254,240

[illegible][illegible]

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



CONSORCIO

NOMBRE:

CARGO:

$$\begin{array}{c} \text{O} \\ \text{O} \end{array}$$

11.00	Castro
19.280	12/2 Castro

[illegible][illegible]



V-01

23/02/2025

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE:

Roberto Ayala

CARGO:

Order No.

$$\begin{array}{c} \ddot{u} \\ \dot{u} \\ u \end{array}$$

305 + 1030

[illegible]

Quando cumplimiento al Reglamento interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

 CONSORCIO — MANTENIMIENTO RUU —	INFORME MENSUAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL AMBIENTAL DE OBRA GESTIÓN AMBIENTAL Y SST	 BOGOTÁ
Contrato No. 717-2025		Versión: 01
		Fecha: Marzo 2026

ANEXO 5. CONDICIONES DE SALUD



ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA

Versión:01

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 10 abril 2026
NOMBRE Y APELLIDOS: Alex Felipe Nateus EDAD: 24 RH: 0+
FECHA DE NACIMIENTO: 6/11/2001 SEXO: F ☐ M ☒
EMPRESA: LP ingenieria CARGO: Ayudante de obr

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien
Regular
Mal
Explique

☒
☐
☐

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI
NO
Explique

☐
☒

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI
NO

☐
☒

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajó

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI

☐

NO

☒

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI

☐

NO

☒

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °

SI

☐

NO

☒

Fatiga y deterioro del estado de forma rápida

SI

☐

NO

☒

Dificultad Respiratoria

SI

☐

NO

☒

Ha presentado Tos

SI

☐

NO

☒

Otros:

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente

☐

Diabetes insulino dependiente

☐

N/A

☒

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico

☐

No Uso

☒

Otros:

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI

☐

NO

☐

N/A

☒

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

SI

☐

NO

☒

Enfermedad renal o insuficiencia renal

SI

☐

NO

☒

Asma

SI

☐

NO

☒

Enfermedad hepática crónica

SI

☐

NO

☒

Consumo de esteroides

SI

☐

NO

☒

Diabetes

SI

☐

NO

☒

Gastritis

SI

☐

NO

☒

Úlcera

SI

☒

NO

☒

Alteraciones de la piel

SI

☐

NO

☐

Otros:

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión

SI

☐

NO

☒

Hipertensión

SI

☐

NO

☒

Dislipidemia (colesterol)

SI

☐

NO

☒

Insuficiencia cardíaca

SI

☐

NO

☒

Infarto agudo de miocardio

SI

☐

NO

☒

Cirugía cardiovascular

SI

☐

NO

☒

Arritmia cardíaca

SI

☐

NO

☒

Otros:

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota?

SI

☐

NO

☒

Otros:

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive:

Primo

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Primo

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI

☐

NO

☒

¿Quien?

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minimizar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramento que la información declarada es cierta y no ha omitido ninguna información sobre su estado de salud y el de su familia.

Alex Mateus
Firma Colaborador

Camilo Arana
Firma Profesional SST



CONSORCIO
- MANTENIMIENTO Bv -

ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA

Versión:01

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 11/04/2026
NOMBRE Y APELLIDOS: Yelson Alexander Ruiz EDAD: 32 RH: ot
FECHA DE NACIMIENTO: 02/02/1994 SEXO: F ☐ M ☒
EMPRESA: mantenimiento Bv CARGO: operador

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien ☒
Regular ☐
Mal ☐
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI ☐
NO ☒
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :

Ha viajado en el último mes fuera del país

SI ☐
NO ☒

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI ☐ NO ☐

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI ☐ NO ☐

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	☐	NO	☒
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	☐	NO	☒
Dificultad Respiratoria	SI	☐	NO	☒
Ha presentado Tos	SI	☐	NO	☒
Otros:				

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente ☐
Diabetes insulino dependiente ☐
N/A ☒

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico ☐ No Uso ☒ Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI

☐

NO

☒

N/A

☐

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

SI

☐

NO

☒

Enfermedad renal o insuficiencia renal

SI

☐

NO

☒

Asma

SI

☐

NO

☒

Enfermedad hepática crónica

SI

☐

NO

☒

Consumo de esteroides

SI

☐

NO

☒

Diabetes

SI

☐

NO

☒

Gastritis

SI

☐

NO

☒

Úlcera

SI

☐

NO

☒

Alteraciones de la piel

SI

☐

NO

☒

Otros:

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión

SI

☐

NO

☒

Hipertensión

SI

☐

NO

☒

Dislipidemia (colesterol)

SI

☐

NO

☒

Insuficiencia cardíaca

SI

☐

NO

☒

Infarto agudo de miocardio

SI

☐

NO

☒

Cirugía cardiovascular

SI

☐

NO

☒

Arritmia cardíaca

SI

☐

NO

☒

Otros:

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota?

SI

☐

NO

☒

Otros:

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive:

Es posa
hija

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

YO

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI

☐

NO

☒

¿Quien?

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minimizar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramento que la información declarada es cierta y no ha omitido ninguna información sobre su estado de salud y el de su familia.

Felisa Ruiz
Firma Colaborador

Camilo Duran
Firma Profesional SST



CONSORCIO
-MANTENIMIENTO RUV-

ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA

Versión:01

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 11 abril 2026
NOMBRE Y APELLIDOS: Natalia Ochoa EDAD: 39 RH: O+
FECHA DE NACIMIENTO: 09/06/1986 SEXO: F ☒ M ☐
EMPRESA: Mantenimiento RUV CARGO: Aux. Adm. Obra

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien ☒
Regular ☐
Mal ☐
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI ☐
NO ☒
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :

Ha viajado en el último mes fuera del país

SI ☐
NO ☒

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI ☐ NO ☐

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI ☐ NO ☐

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI ☐	NO ☒
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI ☐	NO ☒
Dificultad Respiratoria	SI ☐	NO ☒
Ha presentado Tos	SI ☐	NO ☒
Otros:	_____	

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente ☐
Diabetes insulino dependiente ☐
N/A ☒

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico ☐ No Uso ☒ Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI

☐

NO

☒

N/A

☐

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

SI

☐

NO

☒

Enfermedad renal o insuficiencia renal

SI

☐

NO

☒

Asma

SI

☐

NO

☒

Enfermedad hepática crónica

SI

☐

NO

☒

Consumo de esteroides

SI

☐

NO

☒

Diabetes

SI

☐

NO

☒

Gastritis

SI

☐

NO

☒

Úlcera

SI

☐

NO

☒

Alteraciones de la piel

SI

☐

NO

☒

Otros:

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión

SI

☐

NO

☒

Hipertensión

SI

☐

NO

☒

Dislipidemia (colesterol)

SI

☐

NO

☒

Insuficiencia cardíaca

SI

☐

NO

☒

Infarto agudo de miocardio

SI

☐

NO

☒

Cirugía cardiovascular

SI

☐

NO

☒

Arritmia cardíaca

SI

☐

NO

☒

Otros:

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota?

SI

☐

NO

☒

Otros:

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive:

Mamá
2 Hijos

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Solo Yo

3. ¿Algún familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI

☐

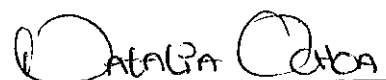
NO

☒

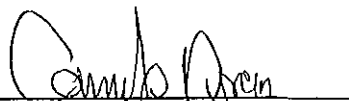
¿Quien?

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minimizar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramento que la información declarada es cierta y no ha omitido ninguna información sobre su estado de salud y el de su familia.



Firma Colaborador



Firma Profesional SST