| CONSORCIO ALIANZA | ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS SST | Codigo: SG-SST FT-05 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJOSG-SST | Fecha: enero de 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA TRATADO: | Metodos de comunicación, Politicas y objetivos SST. | | |
| PROYECTO: | Parque la virgen | | |
| FECHA DE INICIO: 04/02/2026 | HORA DE INCIO 1:00 pm | | HORA DE FINALIZACIÓN: 1:20 PM |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR: | Tatiana Rocha | FIRMA: | |

| # | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CÉDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Andrea Cortes | Auxiliar tecnico | 1013698016 | |
| 2 | Ana Sofia Morales | Aux Social | 1034658025 | |
| 3 | Yuly Patricia Rolido Najar | Prof. Social | 1030557560 | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |

| CONSORCIO ALIANZA | ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS SST | Codigo: SG-SST FT-05 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJOSG-SST | Fecha: enero de 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMA TRATADO: | Socialización Protocolos de bioseguridad | | |
| ROYECTO: | Parque la Virgen | | |
| ECHA DE INICIO: 27/02/2026 | HORA DE INCIO 8:15 am | | HORA DE FINALIZACIÓN: 8:40 am |
| OMBRE DEL APACITADOR: | Tatiana Rocha | FIRMA: | |

| # | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CÉDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Randy gonzalez | Ayudante | 4870728 | Randy |
| 2 | Orlando Lopez | Maestro | 4395013 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |

| CONSORCIO ALIANZA | ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS SST | Codigo: SG-SST FT-05 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJOSG-SST | Fecha: enero de 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA TRATADO: | Ficha Ingreso de Personal | | |
| PROYECTO: | Brigue la Virgen. | | |
| FECHA DE INICIO: 12/02/26 | HORA DE INCIO 3:42 Pm | HORA DE FINALIZACIÓN: | |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR: Tatiana Rocha | | FIRMA: | |

| # | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CÉDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Andrea Castillo | Arcyo | 1013691676 | |
| 2 | Angela serrato | Ambiental | 1010021955 | |
| 3 | Ana Sofia morales | Aux Social | 1034658025 | |
| 4 | ALEXANDER MORICE | RESIDENTE O. | 19.269.230 | |
| 5 | Tatiana Rocha | Residente SST. | 1023897317 | |
| 6 | Yuly Patricia Rivdo Nayar | Prof Social | 1030557560 | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |

| ALIANZA | ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS SST | Codigo: SG-SST FT-05 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJOSG-SST | Fecha: enero de 2026 |

| | |
|---|---|
| TEMA TRATADO: | Control de riesgo higienicos y psicosocial / Protocolos de bioseguridad. |
| PROYECTO: | Porque la Virgen. |

| FECHA DE INICIO: | HORA DE INCIO | HORA DE FINALIZACIÓN: |
|---|---|---|
| 19/02/2026 | 4:50 PM | 5:05 PM |

| NOMBRE DEL CAPACITADOR: | FIRMA: |
|---|---|
| Tatiana Rocha | |

| # | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CÉDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ALEXANDER MONICE | RESIDENTE | 1092692330 | |
| 2 | Ana Sofia Morales | Aux Jurid | 1034658025 | |
| 3 | Andrea Castillo | Aro'o | 1013649866 | |
| 4 | Yuly Patricia Olido Mayor | Prof. Social | 1030557560 | |
| 5 | Angela Serrato | Ambiental | 1010218655 | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |

| CONSORCIO ALIANZA | ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y CHARLAS SST | Codigo: SG-SST FT-05 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJOSG-SST | Fecha: enero de 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA TRATADO: | Conformación brigada de emergencia | | |
| PROYECTO: | Parque la Virgen | | |
| FECHA DE INICIO: 23/02/2026 | HORA DE INICIO 8:15 am | HORA DE FINALIZACIÓN: 8:40 am | |
| NOMBRE DEL CAPACITADOR: | Tatiana Rocha | FIRMA: | |

| # | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CÉDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Angela serrato Bonilla | Ambiental | 1010218655 | |
| 2 | Andrea Geraldin Castillo | Arq externo | 1013648047 | |
| 3 | Randy gonzalez | Ayudante | 4870728 | |
| 4 | Yuly Patricia Pulido Nagar | Prof Social | 1030557560 | |
| 5 | Alexander Monroe Reyes | Residente | 79.269.230 | |
| 6 | Tatiana Rocha | Residente SST | 1073677317 | |
| 7 | Orlando Lopez | Maestro | 438503 | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| CONSORCIO ALIANZA | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES** | Código: SG-SST FT-07<br>Versión: 00<br>Fecha: enero de 2026 |
| **SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | | |

**Bogotá D.C,** 31 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Exisalud., en fecha 31/01/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

Adecuada dieta y ejercicio - Valoración nutricional, Pausas activas, USO corrección visual,
Imc. 25.15.
Examen ocupacional anual
Cumplir con los protocolos de bioseguridad de la empresa
USO de elementos de protección personal.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el Medico laboral de la I.P.S.—

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** Andrea Castillo.

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Andrea Castillo.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 31 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS EXISalud IPS., en fecha 31/01/2026., donde emite las siguientes recomendaciones:

Adecuada dieta y ejercicio - Valoración Nutricional
Pausas activas
IMC. 26.85.
Examen ocupacional anual
Cumplir con los protocolos de bioseguridad de la empresa.
Uso de elementos de protección personal

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico ocupacional de la I.P.S.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** JAIME HERRERA
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2025 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 24 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015. Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Salud Ocupacional Los Andes, en fecha 19/01/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

Realizar pausas activas, ejercicios de estiramiento y postural adecuadas.
Solicitar a la EPS valoración integral y control nutricional
Realizar actividad física regular 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico laboral de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Morales Ana.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2025 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 24 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Salud Ocupacional Los Andes., en fecha 23/01/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

- Uso de anteojos permanente y control anual por optometria
Realizar pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Actividad fisica regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana
- Ingresar al Sistema de vigilancia epidemiologica para prevension de R. psicosocial

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico laboral de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** ALEXANDER MORICE.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 31 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Extsalud. IPS., en fecha 31/01/2026., donde emite las siguientes recomendaciones:

Estilo de vida saludable. - Adecuada dieta y ejercicio.
Valoracion nutricional. - Uso de elementos de protección personal
seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo.
IMC. 29.41
refiere esquema de vacunación Covid 19.
pausas activas osteomuscular dos veces al día. - Control qual ocupacional

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones bindadas por el medico ocupacional de la I.P.S.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Cristhian.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 31 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Exisalud., en fecha 31/01/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

Adecuada dieta y ejercicio.
Valoracion nutricional. - Pausas activas.
IMC. 28.32.
Examen ocupacional anual
Cumplir con protocolos de bioseguridad de la empresa
Uso de EPP.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Anexar las recomendaciones brindadas por el medico ocupacional de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Yuly Rocio.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 31 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS EXISalud IPS., en fecha 31/01/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

Estilo de vida saludable - Pausas activas.
Ime. 2/09.
Examen ocupacional anual
Cumplir con protocolos de bioseguridad de la empresa.
Uso de elementos de protección personal

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico ocupacional de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Tatiana Rocha.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| CONSORCIO ALIANZA | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 31 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS EXISalud IPS., en fecha 31/01/2026., donde emite las siguientes recomendaciones:

Adecuada dieta y ejercicio - Pausas activas.
Valoracion nutricional.
Cumplir con los protocolos de bioseguridad de la empresa
Uso de elementos de proteccion personal

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones
brindadas por el medico ocupacional de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** Angela Jerado B.

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Angela Jerado.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| | | |
|---|---|---|
| CONSORCIO ALIANZA | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES** | Código: SG-SST FT-07<br>Versión: 00<br>Fecha: enero de 2026 |
| **SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | | |

**Bogotá D.C,** 29/1 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Exisalud IPS, en fecha 28/01/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

Estilo de vida saludable - Pausas activas
Imc. 20.66.
Examen ocupacional anual
Cumplir con los protocolos de bioseguridad de la empresa
Uso de elementos de protección personal.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico laboral de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** Randy Gonzalez

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Randy Gonzalez
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 30 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Exisalud IPS. , en fecha 28/01/2026. , donde emite las siguientes recomendaciones:

Adecuada dieta y ejercicio.- Pausas activas
Valoracion Nutricional
IMC. 28.96
Examen ocupacional anual
Cumplir con los protocolos de bioseguridad de la empresa.
Uso de elementos de proteccion personal.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico laboral de la I.P.S.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** Otoniel.

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** Otoniel.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| CONSORCIO ALIANZA | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 30 **del mes** 01 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Exisalud IPS., en fecha 28/01/2026., donde emite las siguientes recomendaciones:

Ejercicio regular - Control de peso - dieta balanceada.
Valoración nutricional
Imc. 27.08. Sobrepeso.
Refiere esguince de valoración covid 19.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico laboral de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** _____
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES | Código: SG-SST FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: enero de 2026 |
| SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | |

**Bogotá D.C,** 07 **del mes** 02 **del año 2026**

**Sr (a)**
**Cargo:**

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO ALIANZA**, identificada con NIT: 902.020.614-1, dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y la Resolución 1843 de 2025 ; nos permitimos presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta para su desempeño laboral, de conformidad con los resultados obtenidos en el Examen Médico Ocupacional de ingreso realizados en por la IPS Exisalud IPS, en fecha 06/02/2026, donde emite las siguientes recomendaciones:

Estilo de vida Saludable, adecuada dieta y ejercicio, bajar de peso. Vacunación por nutricionista EPS, seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo, uso de epp según cargo; pausas activas e higiene de la postura. Control periodico ocupacional anual, seguir protocolos de bioseguridad, pausas activas, higiene postural, estilos de vida saludable, dieta hipocalorica, hipograsa, hipoglucida, hacer ejercicio fisico, control peso.

Por lo cual se le indica que es una obligación del trabajador según el Decreto y Resoluciones mencionadas anteriormente, procurar el cuidado integral de su salud.

Por ende, nos permitimos solicitarle Acatar las recomendaciones brindadas por el medico laboral de la IPS.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente:

**FIRMA:** _____

**TATIANA ROCHA M.**
**PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**FIRMA:** _____

**NOMBRE DEL TRABAJDOR:** JOHNATAN JAVIER ORTIZ.
**No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

| CONSORCIO ALIANZA | FICHA DE INGRESO DEL PERSONAL | Codigo: SG-SST FT-25 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo | Fecha: enero de 2026 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/02/2026 CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 23/02/2026

## 1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MORICE REYES ALEXANDER | |
| NUMERO DE IDENTIFICACION: | 19269230 | DE: BOGOTA |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 17/07/1956 | LUGAR BOGOTA |
| DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: | CALLE 80 # 62 - 54 | |
| TELEFONO FIJO Y CELULAR: | 3017041724 | |
| CORREO ELECTRONICO: | DROPOXALEX23@GMAIL.COM | |
| CARGO A DESEMPEÑAR: | RESIDENTE DE OBRA | |

## 2. DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | SANDY CAMACHO MORICE |
| PARENTESCO: | SOBRINA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 67 A BIS 56A - 18 |
| TELEFONOS: | 3016206481 |

| 3. AFILIACIONES A: | | 4. INFORMACIÓN MEDICA | |
|---|---|---|---|
| **A.R.L :** | SURA | Tipo de sangre | |
| **E.P.S :** | COMPENSAR | O + | |
| **PENSIONES:** | COLPENSIONES | | |
| **CAJA:** | COLSUBSIDIO | | |

Nombre del trabjador: __ALEXANDER MORICE ___ Firma del trabajdor: _____

| CONSORCIO ALIANZA | FICHA DE INGRESO DEL PERSONAL | Codigo: SG-SST FT-25 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo | Fecha: enero de 2026 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/02/2026 CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 23/02/2026

## 1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | PULIDO NAJAR YULY PATRICIA |
| NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1030557560 DE: BOGOTA |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 29/05/1989 LUGAR BOGOTA |
| DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: | CALLE 42 G SUR 93D 03 |
| TELEFONO FIJO Y CELULAR: | 3123115452 |
| CORREO ELECTRONICO: | YPULIDO29@HOTMAIL.COM |
| CARGO A DESEMPEÑAR: | SOCIAL |

## 2. DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | PAULA ANDREA CUERVO NAJAR |
| PARENTESCO: | HERMANA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 42 G SUR # 93 D - 03 |
| TELEFONOS: | 3104473523 |

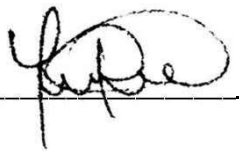
## 3. AFILIACIONES A:

| | |
|---|---|
| **A.R.L :** | SURA |
| **E.P.S :** | FAMISANAR |
| **PENSIONES:** | PROTECCION |
| **CAJA:** | COLSUBSIDIO |

## 4. INFORMACIÓN MEDICA

Tipo de sangre

O +

Nombre del trabjador: YULY PULIDO Firma del trabajdor: 

| CONSORCIO ALIANZA | FICHA DE INGRESO DEL PERSONAL | Codigo: SG-SST FT-25 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo | Fecha: enero de 2026 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/02/2026 CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 23/02/2026

## 1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANGELA MARIA SERRATO BONILLA | |
| NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1010218655 | DE: BOGOTA |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 5/03/1994 | LUGAR BOGOTA |
| DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: | CALLE 165 A # 8G - 18 | |
| TELEFONO FIJO Y CELULAR: | 3224266422 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ANGESERRATOB@GMAIL.COM | |
| CARGO A DESEMPEÑAR: | RESIDENTE SST | |

## 2. DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | EDGAR ALONSO MEDINA AGUILERA |
| PARENTESCO: | PAREJA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 165 A # |
| TELEFONOS: | 8G - 18 |

## 3. AFILIACIONES A:

| | |
|---|---|
| **A.R.L :** | SURA |
| **E.P.S :** | SANITAS |
| **PENSIONES:** | COLPENSIONES |
| **CAJA:** | COLSUBSIDIO |

## 4. INFORMACIÓN MEDICA

Tipo de sangre

O +

Nombre del trabjador: __ANGELA SERRATO _____ Firma del trabajdor: 

| CONSORCIO ALIANZA | FICHA DE INGRESO DEL PERSONAL | Codigo: SG-SST FT-25 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo | Fecha: enero de 2026 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/02/2026 CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 23/02/2026

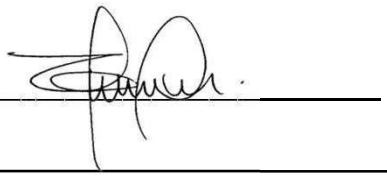
## 1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LEIDY TATIANA ROCHA MORA | |
| NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1023897317 | DE: BOGOTA |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 25/06/1990 | LUGAR BOGOTA |
| DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: | CARRERA 130 # 22 - 55 | |
| TELEFONO FIJO Y CELULAR: | 3204868665 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ING.TATIANAROCHAM@GMAIL.COM | |
| CARGO A DESEMPEÑAR: | RESIDENTE SST | |

## 2. DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | JUANA MORA |
| PARENTESCO: | MAMÁ |
| DIRECCIÓN: | CRA 2 i # 37 D 60 SUR |
| TELEFONOS: | 3182173762 |

| 3. AFILIACIONES A: | | 4. INFORMACIÓN MEDICA | |
|---|---|---|---|
| **A.R.L :** | SURA | Tipo de sangre | |
| **E.P.S :** | SANITAS | A + | |
| **PENSIONES:** | PROTECCION | | |
| **CAJA:** | COLSUBSIDIO | | |

Nombre del trabjador: __TATIANA ROCHA _____ Firma del trabajdor: __ 

| CONSORCIO ALIANZA | FICHA DE INGRESO DEL PERSONAL | Codigo: SG-SST FT-25 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo | Fecha: enero de 2026 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/02/2026 CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 23/02/2026

## 1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CASTILLO MONROY ANDREA | |
| NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1013648676 | DE |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 16/04/1994 | LUGAR CHIQUINQUIRA |
| DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: | CALLE 2F # 39A 29 | |
| TELEFONO FIJO Y CELULAR: | 3108563676 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ANDREACASMON@GMAIL.COM | |
| CARGO A DESEMPEÑAR: | APOYO TECNICO | |

## 2. DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARÍA ELVITA MOLINA ACOSTA |
| PARENTESCO: | MAMÁ |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 86 A#57 66 SUR |
| TELEFONOS: | 3203387075 |

## 3. AFILIACIONES A:

| | |
|---|---|
| **A.R.L :** | SURA |
| **E.P.S :** | COMPENSAR |
| **PENSIONES:** | PROTECCION |
| **CAJA:** | COLSUBSIDIO |

## 4. INFORMACIÓN MEDICA

Tipo de sangre

O +

Andrea Castillo

Nombre del trabjador: ANDREA CASTILLO Firma del trabajdor: _____

| CONSORCIO ALIANZA | FICHA DE INGRESO DEL PERSONAL | Codigo: SG-SST FT-25 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo | Fecha: enero de 2026 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 12/02/2026 CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 23/02/2026

## 1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANA SOFIA MORALES MOLINA |
| NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1034658025 DE: BOGOTA |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 27/12/2004 LUGAR BOGOTA |
| DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: | CARRERA 86 A # 57 - 66 SUR |
| TELEFONO FIJO Y CELULAR: | 3195392543 |
| CORREO ELECTRONICO: | SMORALESM27@GMAIL.COM |
| CARGO A DESEMPEÑAR: | APOYO SOCIAL |

## 2. DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA ELVITA MOLINA ACOSTA |
| PARENTESCO: | MAMÁ |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 86 A # 57 - 66 SUR |
| TELEFONOS: | 3203387075 |

## 3. AFILIACIONES A:

| | |
|---|---|
| **A.R.L :** | SURA |
| **E.P.S :** | FAMISANAR |
| **PENSIONES:** | COLPENSIONES |
| **CAJA:** | COLSUBSIDIO |

## 4. INFORMACIÓN MEDICA

Tipo de sangre

O +

Nombre del trabjador: __ANA MORALES _____ Firma del trabajdor: _____

